

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**PROGRAMA ALTA PROGRESSIVA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO
DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS**

FERNANDA SCALZAVARA

FLORIANÓPOLIS

2004

FERNANDA SCALZAVARA

PROGRAMA ALTA PROGRESSIVA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 10 / 03 / 04

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social. Profª Orientadora: Dra. Vera Maria
Ribeiro Nogueira.

FLORIANÓPOLIS

2004

FERNANDA SCALZAVARA

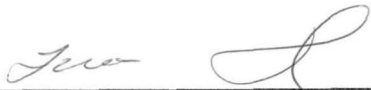
PROGRAMA ALTA PROGRESSIVA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social. Profª Orientadora: Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, professora do Departamento de Serviço Social.
PRESIDENTE



Dra. Ivete Simionatto, professora do Departamento de Serviço Social.
1ª EXAMINADORA



Maria Sirene Cordioli, Assistente Social do HCTP
2ª EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Aos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, especialmente, àqueles do grupo alta progressiva, por terem me feito dar *outro sentido* à minha vida.

À professora Vera Nogueira pela confiança e orientação durante a realização deste trabalho.

À amiga e professora Iliane Kohler pela ajuda e pelas contribuições no decorrer da minha vida acadêmica.

À Assistente Social Sirene pelas orientações na supervisão do estágio e estímulos nos momentos de dificuldade.

À professora Ivete Simionatto pela credibilidade e confiança dispensadas durante o tempo que trabalhamos juntas.

À Toca por ter me ensinado na prática que a melhor maneira de trabalhar com portador de sofrimento psíquico é sendo *eu mesma*.

À Mara por ter me ajudado a desmontar padrões de exigência, sustentados por um bom tempo da minha vida, e a aceitar o possível do momento.

Aos meus pais, Antonio e Vilma, à minha irmã Norma e à minha sobrinha Renata pelo apoio e amor dedicados.

Aos meus amigos e amigas pelo carinho e pela compreensão.

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma idéia vale uma vida*
Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança

Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando que se faz o caminho
Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós, aonde Deus colocou

Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol...

(Enquanto houver sol. Titãs, 2003)

* Esta frase foi inspirada em André Malraux "Uma vida não vale nada, mas nada vale uma vida".

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de programa de alta progressiva para internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis. Tem como justificativa a experiência do Serviço Social junto ao grupo de pacientes em alta progressiva, vivenciada a partir do Estágio Curricular, no decorrer de março a dezembro de 2003. Faz referência ao surgimento e necessidade dos manicômios criminais, atualmente denominados hospitais de custódia, e à relação da medida de segurança com o tratamento de pessoas que cometeram crime e foram consideradas inimputáveis. O programa está fundamentado nas categorias de análise teórica da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e do trabalho, considerando, ainda, as questões da interdisciplinaridade no cuidado de portadores de sofrimento psíquico, a Política de Saúde Mental no Brasil, a relação histórica da saúde mental e a justiça, com a contextualização da realidade local e a concepção do Serviço Social nos processos de planejamento e gestão, e sócio-assistenciais. Os objetivos e as atividades do programa são pensados a partir da realidade concreta da Instituição e dos pacientes. As atribuições dos profissionais envolvidos foram articuladas de acordo com as atividades já desenvolvidas por estes e a percepção da necessidade de outras ações, buscando-se o alcance das metas e o êxito do programa. Os recursos necessários e a capacitação da equipe são pontos fundamentais para a operacionalização do programa. E, a avaliação é definida com base nos indicadores estabelecidos a partir dos objetivos.

Palavras chave: Reabilitação Psicossocial, Hospital de Custódia, Saúde Mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL	22
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PROPOSTA DE PROGRAMA DE ALTA PROGRESSIVA PARA INTERNOS DO HCTP	
2.1 Desinstitucionalização	26
2.2 Reabilitação Psicossocial	29
2.3 Trabalho	32
3 OUTRAS CATEGORIAS CONSIDERADAS NA PROPOSTA EM QUESTÃO	
3.1 Interdisciplinaridade e saúde mental	36
3.2 Política de Saúde Mental no Brasil	30
4 ANTECEDENTES DA PROPOSTA	
4.1 Saúde mental e justiça: realidade local	46
4.2 Atividade de ressocialização com os internos em alta progressiva no HCTP.....	51
5 JUSTIFICATIVA	
5.1 Serviço Social: processos de planejamento e gestão e processos sócio-assistenciais	54
5.2 Serviço Social no Sistema Penal	56
5.3 A experiência do Serviço Social junto ao grupo de pacientes do HCTP em alta progressiva	59
6 PROGRAMA ALTA PROGRESSIVA	
6.1 Objetivo geral	72
6.2 Objetivos meio	72
6.3 Objetivos fim	73
7 ATIVIDADES DO PROGRAMA	74
8 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E RECURSOS NECESSÁRIOS	
8.1 Profissionais envolvidos	75
8.2 Recursos necessários	75
9 ATRIBUIÇÕES POR ÁREA TÉCNICA	
9.1 Atribuições inerentes a todos os profissionais	77
9.2 Atribuições privativas	78
9.2.1 Serviço Social	78
9.2.2 Psiquiatria	79
9.2.3 Psicologia	80

9.2.4 Educação Física	80
9.2.5 Enfermagem	82
9.2.6 Segurança	82
9.2.7 Jurídico	83
10 ETAPAS E REQUISITOS DO PROGRAMA	85
11 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	
11.1 Capacitação da equipe	89
11.2 Avaliação do programa	89
REFERÊNCIAS	93

INTRODUÇÃO

A história da assistência ao portador de sofrimento psíquico¹ internado em hospital de custódia coloca-nos que foi a partir das civilizações grega e romana que se constituíram as bases para compreendermos, atualmente, a relação entre o conceito de saúde mental e de justiça. Para os filósofos da Grécia Antiga, a maior parte das doenças e, mais especificamente, os transtornos mentais, era atribuída à possessão pelos maus espíritos e à influência dos mitos da feitiçaria ou bruxaria.

Foram os romanos que começaram a estabelecer as bases da relação entre doença mental e justiça. Iniciaram por detalhar as várias condições mentais (insanidade, embriaguez etc.), as quais, se presentes no momento do crime, poderiam diminuir a responsabilidade do criminoso por suas ações. Também, criaram leis que definiam a capacidade do doente mental para contrair casamento, divorciar-se, dispor de seus bens, fazer testamento e testemunhar, sendo o juiz quem julgava sobre quem era e quem não era doente mental (COEHEN; MARCOLINHO, 1996).

No período da Renascença (séculos XV e XVI d.C.), na Itália, o médico Paolo Zacchia afirmava que somente o médico é capaz de avaliar a condição mental de um indivíduo. Ele admitia que os pacientes maníacos, quando se encontravam nos períodos de lucidez mental, poderiam ser responsabilizados pelos seus crimes. Zacchia conferiu maior

¹Na literatura em questão, dependendo do momento histórico, aparecem termos, tais como louco, alienado, doente mental para designar a pessoa que sofre de algum transtorno mental. Atualmente, o termo aceito é o de portador de sofrimento psíquico, por não terem sido esclarecidas ainda as possibilidades de ocorrência do fenômeno da doença mental e suas determinantes.

importância à pessoa do que à lei, mostrando que os princípios éticos da pessoa podem ser diferentes dos princípios morais envolvidos na formulação da lei.

No século XVII, em Florença, o médico Vincenzo Chiarugi, instituiu um regulamento que obrigava, como dever moral supremo, o respeito ao insano como indivíduo. Ele delineou procedimentos de avaliação das doenças mentais, dividindo-as em três categorias: a melancolia (insanidade parcial), a mania (insanidade geral) e a amênia (funcionamento anormal do intelecto e da vontade).

Na mesma época, na França, Philippe Pinel, que se distinguiu por libertar os doentes mentais de suas correntes, instituiu o tratamento moral para os alienados, buscando analisar e classificar os sintomas da doença mental. Pinel concebeu a insanidade como um distúrbio do auto-controle e da identidade, chamando-a de alienação.

Nos EUA, em 1787, a sociedade organizou-se e regulamentou os direitos de liberdade e de democracia, institucionalizando os atuais conceitos de justiça civil. Esses mesmos direitos foram defendidos nos movimentos de emancipação dos países latino-americanos e na Revolução Francesa de 1789, nos seus princípios da liberdade, igualdade e fraternidade. A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1948 é consequência do surgimento de uma série de movimentos em defesa dos direitos de liberdade.

Coehen; Marcolinho (1996) apontam que, desde o século XIX até nossos dias, a psiquiatria científica apresentou três períodos de evolução: o primeiro é conhecido como período de custódia, estendeu-se do final do século XIX até a década de 30; o segundo, décadas de 30 a 50, é chamado de período da terapia; e o terceiro é o período da saúde mental, que parte do pós-guerra até nossos dias.

Os autores ressaltam que cada um destes períodos possui características próprias, no entanto, determinados aspectos de um período continuam evidentes no seguinte. Assim, um

período engloba o outro, além de apresentar novos conceitos.

O período de custódia fundamentava-se, do ponto de vista filosófico, no naturalismo, apoiando-se na teoria da seleção natural das espécies de Darwin. O doente mental seria considerado como um ser mais fraco, necessitando de ajuda dos mais fortes e mais dotados. Nesta linha, caberia ao Estado a responsabilidade pela custódia do doente mental.

Neste período, considerou-se que a origem da doença mental estava ligada a questões de ordem física e biológica, reforçando a expectativa de que poderia ter sua origem e causa descobertas e, dessa maneira, combatida. Quanto ao tratamento, não existia uma equipe, sendo realizado exclusivamente pelos médicos. Os psiquiatras não tinham formação específica e não havia um tratamento para a doença mental, restando o cuidado com o controle do doente mental que deveria estar sob custódia de alguma instituição. É nessa época que surgem os grandes hospitais psiquiátricos como o de Franco da Rocha, em São Paulo. Ainda, o Estado designava quem iria cuidar dos hospitais, havendo monopólio profissional – somente o psiquiatra tinha o direito de reconhecer a doença mental. A obrigação do paciente era aceitar a decisão do psiquiatra, que tinha uma posição paternalista. Não se falava em doença mental, mas sim em loucura ou alienação, sendo esta considerada como incurável, restando como única medida o controle do paciente, muitas vezes, pelo resto da vida. O mito da incurabilidade da doença mental persiste até nossos dias e, muitas vezes, as formas de tratamento do doente mental se fazem iguais às dispensadas há dois séculos.

No período da terapia, o pensamento filosófico dominante era o do positivismo, que buscava encontrar um nexo entre a causa e o efeito dos acontecimentos. Foi nesse período que a etiologia da doença mental começou a receber o enfoque psicológico e social. A psicanálise propunha um modelo de funcionamento mental baseado nas instâncias do id, do ego e do superego enquanto a concepção marxista apontava para a origem social da doença

mental. Ocorre, assim, uma transformação no modo de se entender as alterações mentais, passando da compreensão física e biológica para uma de base psicológica e social.

A equipe de tratamento passou a ser formada por médicos e profissionais associados às ciências da conduta. As formas de tratamento passaram a enfocar a esfera psicológica, surgindo as primeiras terapias de “insight” propostas pela psicanálise, os primeiros tratamentos orgânicos como as cirurgias estereotáxicas e os tratamentos farmacológicos como a insulino-terapia. O hospital psiquiátrico já não tinha mais só a função de custodiar, pois também apresentava condições para tratamento transitório, ou seja, internações por períodos limitados. O tratamento baseado na terapia de “insight” necessitava da cooperação do paciente. Isso revolucionou o relacionamento entre médico e paciente, porém, o paciente deveria aceitar sempre o que o médico lhe indicasse.

O terceiro período é o da saúde mental. Neste, Cohen e Marcolino (1996), com base na definição de psicopatologia forense, como sendo a aplicação dos conhecimentos provenientes da área da saúde mental em todos os casos de ordem civil, penal ou laboral, nos quais se torne importante a comprovação do estado mental de um indivíduo, definem linhas gerais para o conceito de saúde mental.

Os autores chamam de saúde mental um período de desenvolvimento da psiquiatria, característico dos últimos cinquenta anos, no qual, linhas sequenciais de desenvolvimento se rearranjaram, resultando em um modo especial de observar a relação saúde-doença do indivíduo.

Considerando que é marcante, na saúde mental, a possibilidade de manter em atividade muito do que a fundamentou, ou seja, os períodos que a antecederam, os referidos autores observam que a saúde mental surge como tentativa de se buscar pontos de encontro entre os diversos momentos, bem como de se adequar uma linguagem capaz de reunir modos

de conhecimento a respeito do funcionamento mental do ser humano, muitas vezes tão difícil de ser compreendido.

Para tanto, a saúde mental toma a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS e postula que a etiologia da doença mental é biopsicossocial, ou seja, composta pela união dos enfoques biológicos, psicológicos e sociais. O conceito de saúde passa a ser entendido não mais como ausência de doença e sim como um bem-estar biológico, psicológico e social.

Assim, o tratamento passa a ser realizado com base num sistema próprio de saúde, no qual, o paciente tem contato com a equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, nos casos que envolvem algum problema legal, advogado. As práticas terapêuticas passam por um amplo leque que se estende desde a atenção direta ao paciente àquelas dirigidas para aqueles com quem ele se relaciona.

O paciente não é mais tido como absolutamente incompetente, destituído de vontade e incapaz por si, devendo sempre submeter-se a tratamento. Os sintomas da doença mental passam a serem vistos na sua totalidade, em toda a personalidade, podendo haver dano parcial dessa, mas sem comprometer o convívio social. O paciente é competente e, nessa medida, cabe-lhe participar das decisões sobre seu tratamento.

A questão da multidisciplinaridade e a participação do paciente em todo o tratamento geram conflitos, visto que, o psiquiatra deixou de ser a única autoridade sobre a matéria. Agora, recai sobre a equipe a responsabilidade de identificar a melhor forma de tratamento para cada paciente, o que a obriga a pesquisar as particularidades de cada indivíduo, recorrendo aos seus vários profissionais para encontrá-las.

A discussão em torno da necessidade da criação de um manicômio criminal teve início desde 1903, antes mesmo que a psiquiatria fosse legitimada como prática médica

especializada.

O argumento utilizado para demonstrar a necessidade de construção de um local específico para os loucos fundamentava-se na noção de periculosidade, definida como a probabilidade que estes apresentam de cometerem atos violentos e delituosos, e nas dificuldades presentes na identificação e diagnóstico da doença mental (BARBIER, 1990; HUNGRIA & FRAGOSO, 1978 apud PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Já nessa época podemos perceber a forte relação entre a psiquiatria e a justiça penal. A "irracionalidade" do ato delinqüente, ou seja, a impossibilidade de se identificar um motivo racional para o crime, punha em questão a doutrina clássica do direito penal (que era baseada no livre-arbítrio e subvertia a lógica punitiva), a qual voltava-se à tentativa de recuperação do delinqüente e não funcionava mais como uma vingança contra o crime. Diante dos crimes, geralmente violentos, praticados contra a família e sem um motivo aparente os alienistas são chamados a atuar nos tribunais como peritos, no sentido investigar a presença de um quadro de insanidade mental (FOUCAULT, 1990 apud PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

O primeiro Manicômio Criminal do Brasil, situado no Rio de Janeiro, surge como uma instituição integrante da assistência a alienados, no entanto, voltava-se para uma população particular: condenados que, recolhidos às prisões, apresentassem sintomatologia psiquiátrica, acusados suspeitos de serem alienados mentais, para observação e tratamento e os delinqüentes isentos de responsabilidade por motivo de "afecção mental" (CARRARA, 1987 apud PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Neste sentido, os Manicômios Judiciários vem a se constituir como uma instituição com duplo objetivo: custodiar e tratar doentes mentais perigosos. Misto de hospital e presídio, esta dupla vertente é identificada, por alguns autores, como sendo responsável pelo caráter

ambíguo da instituição e dos profissionais de saúde que nela estão inseridos.

Para tanto, não se pode deixar de considerar o conflito presente nesta instituição, pela sua dupla função. As ações terapêuticas e o diagnóstico médico são mediados pelo sistema jurídico penal e a internação serve, em última instância, como meio de promover a reclusão dos doentes. Esta dupla vertente dos manicômios é responsável pelas limitações técnicas do hospital, além do fato de propiciar uma identificação do médico com as estruturas de poder e, conseqüentemente, com a função de punição. Outra questão identificada como uma problemática dos manicômios criminais, como instituição que visa tratar os doentes e não punir, refere-se às longas durações dos internamentos (ANDREUCCI, 1981; DANTAS-JR., 1987; IBRAHIM, 1988 apud PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Os Manicômios Criminais, atualmente chamados de hospitais de custódia, voltam-se para doentes mentais ou suspeitos de serem doentes mentais que cometeram crimes e, por isso, não podem ser submetidos à pena comum. Esta questão é tratada no Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940), no art. 26, o qual, isenta de pena aqueles que no momento do crime eram, ao tempo da ação ou omissão, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapazes de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. Estando presente uma das condições: incapacidade de entendimento e determinação por doença mental ou desenvolvimento mental retardado, o infrator é considerado inimputável, semi-inimputável, irresponsável e perigoso, sendo-lhe aplicada a medida de segurança que, nos termos da Lei de Execução Penal (Lei nº 7. 210/1984) tem caráter exclusivamente preventivo e assistencial e é determinada em decorrência da periculosidade, distinta do fundamento da imposição da pena, que é a culpabilidade.

Porém, em decorrência do modelo de funcionamento dos hospitais de custódia, a

inimputabilidade e a irresponsabilidade passam a constituir-se em um discurso que, em prática, parece destituído de significação, uma vez que é em nome destas e para tratar a doença que a medida de segurança surge no campo jurídico, com sua multiplicidade de possíveis perpetuações no futuro (PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Neste sentido, a legislação penal em torno da questão da loucura-criminosa utiliza o conceito de periculosidade, de forma explícita, para justificar o tipo de sanção penal que é aplicada aos doentes mentais. A doença mental caracteriza o alto grau de periculosidade do sujeito. E, a sanção penal, que recebe o nome de medida de segurança, é definida como preventiva. Esta, uma vez que é baseada na periculosidade, é a princípio de duração indeterminada, tendo, no Código Penal, o tempo mínimo de duração especificado em 1 a 3 anos (COHEN, 1996; HUNGRIA & FRAGOSO, 1978; DELMANTO, 1991 apud PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Para Cohen (1996), a medida de segurança é a forma legal que a justiça encontrou para tratar dos doentes mentais que transgrediram o Código Penal, visto que, eles não podem ser considerados legalmente como criminosos, mas não se pode negar que infringiram a lei, sendo considerados como socialmente perigosos.

Segundo Mirabete (2000), a adoção das medidas de segurança trouxe consigo a necessidade do hospital de custódia. Um hospital-presídio, estabelecimento penal que visa assegurar a custódia do internado. Para o autor, embora sendo o tratamento a finalidade da medida de segurança, pois os alienados que praticam crimes assemelham-se em todos os pontos a outros alienados, diferindo essencialmente dos outros criminosos, não se pode afastar a coerção à liberdade de locomoção do internado, presumidamente perigoso em decorrência da lei.

No Brasil, a medida de segurança foi adotada a partir de 1940, com o Código

Penal de 1940. É utilizada seguindo os preceitos da escola dualista, que em teoria, estabelece uma série de diferenciações com relação à pena. Para tanto, a periculosidade, definida como probabilidade de delinquir, surge como o fundamento da medida de segurança.

Não obstante, a medida de segurança inaugura, no campo do direito penal, a possibilidade de atuação frente à loucura, uma atuação travestida de tratamento e, em discurso, desprovida de aflição. A medida de segurança não é pena, é tratamento, é assistência, no entanto, mostra-se, ainda mais aflitiva do que a pena por seu caráter indeterminado. No caso de enquadramento na medida de segurança, isto é, quando o sujeito que cometeu um crime é considerado como perigoso socialmente, ele não saberá quanto tempo ficará recluso, pois isto depende da cessação de sua periculosidade. Em muitos casos, isso significa uma condenação de prisão perpétua (COHEN, 1996).

De acordo com Hungria & Fragoso (1978) apud Peres; Nery- Filho; Lima-Jr. (1998), a medida de segurança não é aflitiva, não é punitiva, não guarda relação com o crime e volta-se para o futuro. Ela é tratamento, objetivando-se cessar o estado perigoso do doente. Porém, é o juiz quem interna e estabelece o tempo de duração mínimo da medida de segurança, o qual converte-se em indeterminado caso não haja cessado a periculosidade. É o juiz, ainda, quem desinterna o paciente. Ao médico, neste processo, cabe a atividade pericial, buscando estabelecer "o requisito biológico" da inimputabilidade e a cessação da periculosidade.

Desta forma, sendo a medida de segurança tratamento e não castigo, em geral, ela aparece, para médicos e pacientes, como pena com caráter aflitivo. Em sua aplicação concreta a estabilização do quadro de doença não marca o seu término. Para os pacientes, a indeterminação da medida de segurança aparece como um elemento marcante e extremamente aflitivo: *a medida de segurança é uma pena sem um fim definido e o hospital de custódia é*

*uma cadeia*² (PERES; NERY- FILHO; LIMA-JR., 1998).

Nesta direção, a partir do interesse pela temática em questão e, com o objetivo de intervir na realidade dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis realizamos, no período de março a dezembro de 2003, Estágio em Serviço Social nesta Instituição.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, primeiramente chamado de Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina, foi criado em 1971, de acordo com a Lei nº 4.559, de sete de janeiro de 1971. Localizado junto ao Complexo Penal de Florianópolis, na Rua Delminda Silveira, nº 693, Bairro Agrônômica, é uma instituição pública, sob a responsabilidade do Estado. Integra o Sistema Penitenciário, está ligado ao Departamento de Administração Penal – DEAP da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão³.

O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica. O âmbito de atuação é estadual, atendendo a pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito e, por isso, estão sob custódia, sendo a única instituição do gênero no Estado. O objetivo da instituição é oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservando os direitos humanos e a dignidade do mesmo, garantindo qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando uma reintegração deles ao meio social e custodiar estes indivíduos que, por determinação judicial tem uma medida de segurança a cumprir.

² Grifo nosso.

³ A Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão foi criada através da Lei Complementar nº 243, de 30 de janeiro de 2003, que estabeleceu a nova estrutura administrativa do poder executivo, determinando a subordinação dos Órgãos que trabalham a questão a um único comando.

Segundo o regimento interno, aprovado pelo Decreto nº 4.812, de 13 de setembro de 1994, o HCTP tem por finalidade: I - realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal; II - receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após a sentença condenatória; III – proceder exame de sanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado; IV – exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica.

O Hospital atende a uma demanda oriunda de todo Estado de Santa Catarina. A clientela é composta por pacientes que apresentam transtornos mentais e que ao longo de seu histórico quadro-patológico cometeram delitos previstos no Código Penal Brasileiro.

Além da população internada para cumprir medida de segurança há, também, uma população transitória, que fica na instituição para fazer laudo de sanidade mental, podendo permanecer por um período de 45 dias ou mais. O laudo avalia as condições de saúde do paciente a partir da avaliação médica psiquiátrica, do serviço social e psicólogo. As informações contidas no laudo determinam o grau de comprometimento da personalidade do paciente, sendo este considerado responsável, parcialmente responsável ou irresponsável pelo delito. Ao paciente considerado responsável ou parcialmente responsável, dependendo do grau de seu comprometimento, é indicado o tratamento em regime de internação em hospital de custódia ou ambulatorial.

O Hospital presta, ainda, atendimento ambulatorial para apenados dos demais presídios e penitenciárias do estado. Os presos são levados ao hospital para serem submetidos a pareceres psiquiátricos ou para atendimento de intercorrências psíquicas.

Sendo a condição de saúde mental permeada pela questão da cidadania, dos direitos humanos, da liberdade e da vida, a prática do Serviço Social, na Instituição, é revigorada no contato com os usuários e com as famílias e a intervenção profissional permite que os sujeitos se vejam enquanto cidadãos atuantes na vida coletiva.

O Serviço Social foi implantado em 1978. Atualmente, conta com uma assistente social e 3 estagiárias, inserindo-se junto a equipe multidisciplinar de assistência ao paciente.

As principais demandas oriundas dos pacientes internados no HCTP são o resgate e manutenção do vínculo familiar, reivindicações dos direitos sociais, a aquisição de documentação e direito à previdência social, e orientações à alta hospitalar. Tais demandas originam outras tantas que servem de suporte as primeiras: cadastramento de serviços de saúde e da comunidade; solicitação de estudo sócio-familiar; planejamento e coordenação de oficinas de qualificação profissional, entre outras.

No atendimento ao paciente, o Serviço Social procura trabalhar a auto-estima e a cidadania, através das oportunidades de desenvolvimento do potencial de cada um. O lado saudável do paciente é estimulado pela ampliação de conhecimentos, através de cursos em oficinas (HCTP, 2003).

No sentido de favorecer o exercício da cidadania e buscar apoio nos vínculos extra-hospitalares do paciente, o Serviço Social procura criar mecanismos, rotinas e ações institucionais que facilitem o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos por lei (documentos, BPC, aposentadoria). Também, o trabalho social procura valorizar a cultura dos diversos pacientes, promovendo festas tradicionais e estimulando o sentimento de cooperação e confraternização entre os internos, tornando o ambiente mais humanizado. Constantemente é incentivado o cuidado com a higiene pessoal e da instituição.

Os internos realizam, ainda, atividades laborais na manutenção e limpeza do hospital, no cuidado com a horta, e recreação esportiva, com acompanhamento profissional. Estas atividades são realizadas de acordo com a condição psíquica de cada paciente.

As ações desenvolvidas em nosso estágio estiveram voltadas para a formação e acompanhamento de um grupo de pacientes em alta progressiva. No HCTP, a alta progressiva é entendida como a concessão de algumas “regalias” para os internos que já cumpriram o tempo de medida de segurança determinado, mas permanecem internados porque não contam com suporte sócio-familiar para retornarem ao convívio em sociedade. Muitos deles não têm família. Outros tiveram os vínculos familiares rompidos, esvaziados quando da internação, pelo delito que cometeram, pela condição da doença, ou, ainda, por fatores emocionais e ou econômicos da família. A alta hospitalar está condicionada ao cumprimento da medida de segurança, ao laudo médico favorável e a condição de apoio familiar (condições sócio-econômicas da família, aceitação e responsabilização). Cumpridas as duas primeiras exigências, o interno encontra dificuldades para a alta quando não tem família ou quando, esta, não tem condições de recebê-lo, por motivos de aceitação e/ou de condições sócio-econômicas, ficando no Hospital e sem possibilidades de saída definitiva.

No entanto, para essas situações, o HCTP oportuniza algumas atividades de ressocialização, com a finalidade de reintegrar socialmente os pacientes em condições de saúde favoráveis e autorizados pelo juiz para saídas programadas, isto é, em alta progressiva. Neste sentido, a partir da intervenção realizada junto ao Grupo Alta Progressiva, identificamos a necessidade de sistematização destas ações num programa, de modo a garantir a realização de ações que venham propiciar a efetiva reabilitação psicossocial destes internos.

Assim, no sentido de contribuir com o projeto de reabilitação psicossocial dos internos do HCTP, este trabalho apresenta uma proposta de programa de alta progressiva,

fundamentada nas categorias de análise teórica da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e do trabalho. Faz um breve resgate da relação histórica da saúde mental e a justiça, com a contextualização da realidade local e a concepção do Serviço Social nos processos de planejamento e gestão, e sócio-assistenciais. E, considera, ainda, as questões da interdisciplinaridade no cuidado de portadores de sofrimento psíquico e a Política de Saúde Mental no Brasil.

1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL

Conforme aponta Foucault (1978), a institucionalização da loucura data do século XVII quando, em decorrência da crise econômica na Europa, ocorreu uma significativa desorganização social, provocada pelas mudanças estabelecidas no modo da produção industrial e, uma das respostas do Estado à crise foi o enclausuramento de indivíduos, a institucionalização da loucura.

A instituição psiquiátrica originou-se e se estruturou com o advento do capitalismo, a consolidação do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Industrial e na Revolução Francesa, processo social que exigiu uma nova forma de organização social, tendo como pressuposto filosófico o positivismo e como base, o princípio da razão e da ciência (JUNIOR, 2002).

A partir de então, as instituições concretizaram-se como necessidade para o enfrentamento e desdobramento de questões já conhecidas. Porém, em relação à doença mental, será o desconhecimento do fenômeno que criará uma instituição para buscar, com o sujeito devidamente aprisionado e encarcerado, as causas que o tornaram diferente dos outros homens.

De acordo com Heller (1970) apud Junior (2002), o diferente ou anormal será todo sujeito que não tiver aptidão para o trabalho, pois o capitalismo, ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna necessária uma forma de controle e separação dos sujeitos, na determinação do seu lugar social. Neste sentido, o capitalismo rompe com as formas comunitárias "naturais" de convivência, nas quais, o lugar social do sujeito se definia ao nascer, sem possibilidades de alteração no decorrer de sua vida.

As instituições em geral, por reproduzirem as formas de relações sociais predominantes, necessariamente contribuíram para o processo de alienação e despersonalização, através da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Uma de suas características é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm poder, possibilitando uma relação de opressão e violência entre quem detém o poder sobre aqueles que não o têm (BASAGLIA, 1985 apud JUNIOR, 2002).

Junior (2002) ressalta que, nas instituições psiquiátricas, acontece mais que somente uma relação de opressão e violência, pois a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

A estratégia mais utilizada pelos psiquiatras, além do uso excessivo de medicação, foi o isolamento, a internação em instituições totais. Goffman (1974), define instituições totais como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos, em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerado período de tempo, levam uma vida fechada, formalmente administrada.

O autor, em seu estudo sobre os asilos, identifica as características funcionais das instituições totalitárias, quais sejam: perda do contato com a realidade externa, ócio forçado, submissão a atitudes autoritárias de médicos e pessoal técnico, perda de amigos e propriedade, - sedação medicamentosa, condição do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias, perda da perspectiva de vida fora da instituição (GOFFMAN, 1974).

Nesta direção, a internação psiquiátrica gera a exclusão social do indivíduo, produzindo a naturalização do doente mental como um sujeito violento e capaz de cometer

atrocidades, o que possibilita a formação de uma cultura em que um diagnóstico psiquiátrico e psicológico desfavorável condena o seu portador a um estigma, justificando inclusive a perda de todos os seus direitos civis e sua tutela para os técnicos psiquiátricos.

Conforme Amarante (1995, p. 23),

o isolamento, semelhante ao estado “in vitro”, afasta as influências maléficas e a contaminação, [...] serve para identificar diferenças entre os objetos. Distinguir os “mansos” dos “agitados”, os “melancólicos” dos “sórdidos” e “imundos” e “suicidas”, ou seja, esquadrihar cada tipo classificável, evitando que sua convivência agrave seu estado. O hospício, através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo, [...] sendo ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato do conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional).

O isolamento acabou se tornando uma estratégia científica, afastando o louco das interferências do ambiente, colocando-o em uma espécie de laboratório. O internamento trazia, de imediato, a exclusão completa e, a perda total dos direitos humanos, sendo estes não considerados como sujeitos de direitos.

Ainda, segundo Lobosque (2001, p.24),

a entrada no hospital operava, de imediato, a exclusão da subjetividade e o roubo da cidadania. Os pacientes, jogados nos pátios ou perambulando pelos corredores, semi-nus ou uniformizados, estavam à mercê da vontade e do domínio alheios. Não tinham acesso a qualquer construção coletiva, projeto futuro ou acesso à decisão, nenhuma chance de tomar a palavra.

Para tanto, o hospital psiquiátrico vai favorecer o processo de cronificação, justificando a tutela e a submissão do portador de transtornos psíquicos a mecanismos de violência institucional. Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica condena-o ao

internamento por toda a vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social pela falta de resolutividade nas suas ações terapêuticas. Neste aspecto, o processo de construção do sujeito, mediado pelas categorias de atividade, consciência e identidade é irremediavelmente perdido, condenando-o à *morte em vida*.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PROPOSTA DE PROGRAMA DE ALTA PROGRESSIVA PARA INTERNOS DO HCTP

2.1 Desinstitucionalização

Desde a Segunda Guerra Mundial, a assistência psiquiátrica, nos países ocidentais, vem passando por profundas mudanças. De início, buscou-se transformar internamente o asilo e o hospital psiquiátrico, na tentativa de humanizá-los e de torná-los terapêuticos e mais eficazes na recuperação da população internada. Posteriormente, algumas propostas mais radicais, predominantemente desconstrutivistas, questionaram o próprio saber psiquiátrico como um todo e seu mandato social em relação à loucura.

A partir de 1970, principalmente na Itália, se consolida um outro projeto assistencial, a proposta da desinstitucionalização, centrada em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Para tanto, a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital psiquiátrico por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e às demandas de cuidado psicológico até às necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 2000).

Neste sentido, segundo Spricigo (2001), a desinstitucionalização, não correlata da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. E, traz consigo uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de

estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos. Uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade, sendo que esta, gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Atualmente, há uma ampla discussão que visa mudanças na lógica do modelo assistencial de saúde mental, centrado ainda no hospital psiquiátrico. Este modelo arcaico, ainda hegemônico, provoca a desassistência, a segregação, a cronificação, o abandono e a morte de muitos doentes.

A mudança na lógica do modelo de assistência em saúde mental já é uma realidade implementada em alguns estados brasileiros, através de programas de apoio a desospitalização, os quais dão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais, destinados a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social. Tal lógica defende a substituição gradativa e progressiva da internação hospitalar a partir da adoção e desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares.

Nesta direção, segundo Delgado (2002), ao se pensar em reintegrar socialmente pacientes com histórico de internações psiquiátricas longas, uma questão a ser enfrentada é a cronificação, produto dos longos anos de segregação. Para tal é preciso saber em que medida o estatuto de crônico, com as características comportamentais que lhe são próprias (embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos, dificuldade de realizar ações práticas etc.), é decorrente de uma perda gradual determinada pela patologia ou vida asilar. A importância de tal questão (que pode ser simplesmente negada, admitindo-se ser o crônico fruto da soma das duas determinações) está em que nela se localizam os ingredientes fundamentais das concepções que cada um tem sobre a doença mental.

Barton (1974) apud Delgado (2002), em seu estudo sobre o institucionalismo em psiquiatria, aponta os danos causados ao paciente pela longa permanência no hospital. O referido autor define os fatores etiológicos de uma “neurose institucional” como sendo a enfermidade que se caracterizaria por apatia, ausência de iniciativa e de interesse relativo às coisas e acontecimentos pessoais, exceto os imediatos, submissão, indiferença diante de medidas desagradáveis e injustas que lhe afetem diretamente, ausência de interesse pelo futuro, incapacidade de formular projetos pessoais, mesmo os mais simples, e uma característica resignação diante dos fatos e das coisas, aceitas como inelutáveis e eternas, somadas a deterioração dos hábitos pessoais, desde a higiene até as regras elementares de convivência.

A tais fatores etiológicos da neurose institucional devem ser acrescentados outros, característicos da vida asilar, como: a desqualificação permanente dos gestos e da fala dos internos, a valorização ridicularizante de atitudes grotescas, as relações ambíguas e subservientes próprias à sociologia dos asilos, a violência consentida etc. (DELGADO, 2002).

Não obstante, a realidade das instituições psiquiátricas demonstra uma situação perversa, pois em função do discurso da cura da doença mental - crença dos técnicos e da população em geral, constrói-se uma instituição segregadora, que estigmatiza e violenta porque tutela, dopa e cronifica o ser humano e, é ineficaz quanto às ações terapêuticas.

Ao ingressarmos no 3º milênio, a instituição psiquiátrica ainda mantém a mesma estrutura de dois séculos atrás, excluindo, segregando e cronificando o doente internado, majoritariamente das classes populares.

Nesse sentido, consideramos que em qualquer estratégia de ressocialização se faz necessário a desmontagem dos dispositivos institucionais de cronificação, entre os técnicos, funcionários e pacientes, buscando-se o deslocamento da perspectiva individual de

compreensão e atendimento dos pacientes para uma perspectiva de abordagem coletiva de sua realidade. Para tanto, os pressupostos da desinstitucionalização devem ser resgatados e valorizar para a restituição da subjetividade do indivíduo, possibilitando-lhes a recuperação da contratualidade, isto é, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social.

2.2 Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial vem se constituindo como um lineamento para o desenvolvimento de programas, eticamente responsáveis, no sentido de dar conta da totalidade das demandas que os problemas mentais severos e persistentes requerem. Neste sentido, a OMS define reabilitação psicossocial como o conjunto de atividade capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO, 1987 apud PITTA, 2001).

Segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial, no seu sentido instrumental, é representada por um conjunto de meios (programas e serviços) que são desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, ou seja, um processo para facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Tal processo enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte

vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para o cidadão. Para tal, projetos de ressocialização devem promover o reconhecimento do doente mental.

De acordo com Kinoshita (2001), no universo social as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor é o que lhe daria o seu poder contratual, devendo para isto, ser consideradas três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e de afetos. O autor coloca que, no caso do doente mental, é enunciada a sua negatividade, o que invalida ou torna negativo este valor pressuposto, anulando-se seu poder contratual. O doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, anulando-se qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social.

Reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder contratual, criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais, produzir dispositivos que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio, ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível proposto, explícito (KINOSHITA, 2001).

Nesta direção, o autor considera que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Sendo que, a contratualidade do usuário vai estar, primeiramente, determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar de seu poder

para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida.

Em resumo,

reabilitação é um processo que visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa. A meta a longo prazo é ajudar a pessoa a viajar através da doença, com um mínimo de custo e um máximo de benefício pessoal, particularmente em termos de adquirir um ótimo nível de funcionamento e bem estar, mesmo que a doença tenha um curso de deterioração (MARQUES, 2001, p. 106).

Para tanto, são metas da reabilitação, entre outras:

- prevenir ou reduzir incapacitações, perda de habilidades sociais;
- restaurar habilidades potenciais em desempenhar papéis sociais;
- fortalecer habilidades latentes e dignidades potenciais;
- facilitar a adaptação social e psicológica aos efeitos de prejuízos sociais na vida do indivíduo;
- minimizar a deterioração;
- capacitar níveis ótimos de autodeterminação, execução de responsabilidades pessoais e independentes, melhorar o sentido de bem estar da pessoa (MARQUES, 2001, p. 107).

Ainda, diretamente ligada a questão da reabilitação de pacientes está a necessidade de se estabelecerem diversificadas redes de relações, as quais melhor capacitariam os indivíduos a compreenderem quais determinações influenciam sua prática cotidiana, ampliando sua autonomia.

O conceito de autonomia aqui referenciado é aquele que entende a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência, pois dependentes somos todos, a questão dos pacientes é quantitativa.

Eles dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas, sendo esta situação de dependência restrita/restritiva que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001).

2.3 Trabalho

Vários são os estudos que abordam o trabalho como categoria explicativa. Alguns enfocando, preponderantemente, as relações sociais, enquanto outros, ressaltando a possibilidade de gerar e acumular riquezas e os valores de troca inerente. Outros, ainda, defendem que o trabalho vai além do acúmulo de capital.

Reconhecemos a amplitude desta categoria e os diversos aspectos que permeiam suas relações. A questão do trabalho como fonte geradora de sofrimento, por suas relações de exploração, inerentes a lógica do lucro nas relações de produção ou mesmo as psicopatologias advinhas do trabalho não será abordada neste estudo. Para fundamentação teórica da nossa proposta de programa de alta progressiva tratamos a categoria trabalho como uma possível alternativa para a reintegração social, considerando-o como uma atividade específica do homem, que funciona como fonte de construção, realização pessoal, satisfação, acesso a bens materiais e serviços úteis à sociedade humana.

Nesta direção, para a ontologia do ser social do marxismo, o trabalho é que funda o ser do homem, sendo um componente privilegiado de sua identidade. Neste sentido, Junior (2002) acrescenta que, ao transformar a natureza através do trabalho, o homem superou os

limites das suas barreiras biológicas e possibilitou a construção do gênero humano. Desta forma, a construção de sua genericidade só se realiza através do trabalho, atividade que é social e necessariamente coletiva.

Conforme Antunes (1992) apud Silva (1997, p. 18),

[...] a história da realização do ser social objetiva-se através da produção da sua existência, ato social que se efetiva pelo trabalho. Este, por sua vez, desenvolve-se pelos laços de cooperação social existentes no processo de produção material. Em outras palavras, o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho, em sua cotidianidade, que o ser humano torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas.

Para o ser humano o trabalho é o meio de superação das suas necessidades, através do qual produz conhecimento e cria-se a si mesmo. Ainda, segundo Silva (1997), apresenta necessidades históricas, determinadas e sofisticadas pelo estágio de desenvolvimento dos meios de produção, que podem alterar-se e serem substituídas no decorrer dos tempos. Neste sentido, a autora destaca que

a partir de determinado estágio de desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades vão se tornando mais complexas e sofisticadas para alguns, distanciadas das necessidades imediatas de sobrevivência ao mesmo tempo que, para outros, elas tornam-se cada vez mais próximas do nível de subsistência, necessariamente referidas ao lugar do indivíduo no sistema capitalista (SILVA, 1997, p. 20).

As necessidades humanas podem ser classificadas em necessidades naturais e necessidades sociais. A primeira refere-se à manutenção da vida, ou seja, à sobrevivência. Já as sociais referem-se às necessidades postas pelo tipo de sociedade em que o homem está inserido. Em sociedades de regime capitalista elas são estabelecidas pelo próprio capitalismo e

pela produção industrial, alterando-se e dependendo do estágio e da alocação do ser humano na divisão social do trabalho (SILVA, 1997).

Neste sentido, segundo Pitta, (2001), o homem moderno, acriticamente, persegue formas de inclusão social pelo trabalho, desconsiderando o fato do trabalho não ser nem tão disponível nem tão flexível para suportar as diferentes demandas individuais e coletivas que a sociedade moderna impõem.

Não obstante, a tradição asilar e assistencialista das instituições psiquiátricas, historicamente, caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados, construídos pelas disfunções produzidas no modo de produção capitalista e pela divisão social do trabalho. Em geral, a população internada em instituições psiquiátricas está cronificada, com poucas chances de retorno ao convívio social.

O portador de transtorno psíquico, ao não fazer parte ou ser excluído do mundo do trabalho tem limitadas as oportunidades para o seu “processo de humanização”. Desta forma, não se permite

[...] a construção de um patrimônio de objetivações, que é a condição necessária para que se rompa com o isolamento e a cronificação e possibilite o seu retorno ao mundo dos homens ou do ser humano. Assim, acabam reduzidos a algumas funções da espécie, ou seja, comer, beber, dormir, entre outras de caráter quase que exclusivamente biológico (JUNIOR, 2002, p. 95).

A concepção do trabalho como recurso terapêutico para a reabilitação de doentes mentais é antiga. Experiências de ressocialização através do trabalho, pensado de forma não alienante, têm gerado resultados no sentido da recuperação da identidade do paciente como ser social.

De acordo com Saraceno (1999) apud Brandalise (2002), o trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, se entendido como simples desenvolver de determinadas tarefas pode ser na realidade uma forma imediata de norma e contenção, de restrição do campo existencial. Mas, o trabalho entendido como inserção laborativa pode, ao invés disso, articular campos de interesse, necessidades e desejos.

Experiências internacionais de reformas em saúde mental nos mostram que um dos caminhos possíveis para a reabilitação passa por experiências de programas centrados no trabalho. A exemplo, na Itália, simultaneamente ao processo de extinção dos manicômios e de uma mudança cultural no entendimento da loucura, programas de reabilitação centrados no trabalho (cooperativas que se tornaram empresas sociais) foram estratégias que responderam a uma das maiores dificuldades da reforma: a inserção e conseqüente possível promoção de autonomia dos pacientes egressos de hospitais.

3 OUTRAS CATEGORIAS CONSIDERADAS NA PROPOSTA EM QUESTÃO

3.1 Interdisciplinaridade e saúde mental

O reconhecimento de outras dimensões no processo saúde-doença, que não estritamente a biológica, traz a tona a questão da interdisciplinaridade, pois na busca da integralidade da assistência a atuação de um único saber profissional não é suficiente. A visão reduzida sobre a saúde, sobre as potencialidades dos diversos profissionais e a forma como os serviços estão organizados dificulta uma perspectiva mais ampla do atendimento às necessidades da clientela, tomando como possibilidade de intervenção a medicalização dos problemas de saúde.

Interdisciplinaridade implica troca, reciprocidade, discussão, conhecer o outro profissional e a outra profissão, na sua alteridade, para trocas e complementações. Caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real dos conhecimentos das diferentes disciplinas/profissões. Para a autora, as relações interdisciplinares supõem a passagem por graus sucessivos de cooperação e coordenação crescentes até a obtenção de interações, ou seja, reciprocidade de intercâmbios, traduzidos na incorporação dos resultados de uma especialidade por outra, no empréstimo mútuo de certos instrumentos e técnicas metodológicas (MUNHOZ, 1996).

De acordo com Vasconcelos (2000), com o paradigma ou estratégia da desinstitucionalização, o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes

tradicionais na área. Assim, busca-se uma nova recomposição de conhecimentos, sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas e, não apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos saberes especializados. Desta forma, diversos campos de saber, implicados na assistência em saúde mental, são envolvidos na teorização e nas novas práticas de cuidado.

Nesta direção, a interdisciplinaridade engloba os saberes da filosofia e da epistemologia, no sentido de discutir os pressupostos básicos das diversas concepções de homem e natureza e das características, gerais e específicas, dos diversos campos de conhecimento envolvidos no campo da saúde mental, bem como das suas inter-relações. Aborda a psiquiatria e, dentro dela, a psicopatologia, a psicofarmacologia, as neurociências e a clínica psiquiátrica. Ainda, a psicologia, com suas diversas correntes e suas respectivas abordagens, clínicas e da psicologia social, discutindo as interseções entre os processos psíquicos e sociais. Também, a psicanálise e a sociologia, enfocando as condições sociais mais amplas correlacionadas à saúde e a doença mental, e a antropologia, ao abordar as diferentes estruturas culturais e simbólicas coletivas associadas aos fenômenos mentais (VASCONCELOS, 2000).

A questão da interdisciplinaridade inclui, ainda, o campo da saúde pública, o qual busca identificar as necessidades da área e planejar, executar e avaliar os programas de assistência em saúde mental; o campo das ciências políticas e “institucionais”, abordando as estruturas das políticas públicas e os processos políticos e institucionais, e os atores sociais e seus interesses, envolvidos nas diversas organizações de saúde mental.

Em termos de profissões e campos aplicados, agrega as áreas de saber que constituem recombinações de uma ou mais disciplinas. É o caso do serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, educação física, arteterapia, fonoaudiologia.

Para tanto, como os saberes estão sedimentados em instituições e organizações corporativas, na prática assistencial concreta conflitos sócio-institucionais dificultam a convivência de saberes.

Segundo Vasconcelos (2000), a proposta de convivência de saberes no campo da saúde mental, buscada hoje, não visa intervir na totalidade da vida social, mas centra-se, principalmente, no objetivo histórico da revisão dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico, e na superação das formas assistenciais segregadoras que desrespeitam a cidadania do doente mental.

Ainda, para o autor, essa convivência não interfere diretamente na autonomia e na criatividade interna dos vários campos de conhecimento integrantes. A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está, de modo implícito, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, desta forma, não pode prescindir da especialização.

Vasconcelos (2000) considera que algumas dificuldades postas nas relações interdisciplinares, como o profissionalismo, limitam a proposta da interdisciplinaridade, a qual, na prática, convive com uma sombra espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis.

O campo das relações profissionais no setor de saúde mental tem uma longa tradição histórica de centralidade da medicina. Esta se dá devido a sua forte organização e poder corporativo. Constitui-se na única ou na maior responsabilidade legal sobre a clientela, o que impõe um poder central ao psiquiatra em detrimento de outras profissões, as quais

tendem a ser vistas como “paramédicas”, e seus agentes subordinados (VASCONCELOS, 2000).

Neste sentido, as propostas de práticas interdisciplinares não podem ser concebidas e analisadas sem a devida consideração às estruturas históricas e institucionais extremamente complexas e poderosas, as quais possuem uma dinâmica própria e tendem a resistir aos processos de mudança técnica, social e política, pelo menos no curto e médio prazo. Além disso, é preciso mudar as instituições mais estáveis do profissionalismo, tais como os mandatos sociais e a lógica que preside as organizações corporativas que os defendem (VASCONCELOS, 2000).

Não obstante, o referido autor considera que na Reforma Psiquiátrica Brasileira, um aspecto importante nas propostas interdisciplinares e sua relação com a estrutura das políticas sociais é criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, na qual, os profissionais possam aderir às propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais, para se engajar em práticas interdisciplinares. E, isto exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o multiemprego excessivo e investimento em treinamento e supervisão.

Nesta direção, no Brasil, apesar de todas as dificuldades, o setor de saúde mental, dentro do conjunto do setor saúde, é reconhecido, hoje, como aquele que mais avançou na direção da interdisciplinaridade. O atual esforço para recolocar novas bases teóricas e práticas em saúde mental, e a proposição de novos postos de trabalho e equipes multiprofissionais mais democráticas, tendo como um dos objetivos o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, estão criando condições bastante favoráveis para os profissionais reelaborarem sua cultura e identidade profissional (VASCONCELOS, 2000).

3.2 Política de Saúde Mental no Brasil

A substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial tem sido a diretriz básica para a reorganização da política de saúde mental, desde o nível federal aos níveis estadual e municipal.

A partir de 1990 verificam-se mudanças significativas no campo da política de saúde mental, no Brasil, consolidando a perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica e a criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos.

Um conjunto de portarias e leis define novas exigências em relação à assistência psiquiátrica, prestada aos portadores de transtornos mentais, incluindo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento e tendo como referência às regras da vigilância sanitária, existência de projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e demais dispositivos que garantam maior qualidade assistencial.

A portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabelece normas com relação aos cuidados com pacientes internados. A mesma, regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), Hospitais-Dia, o atendimento ambulatorial, entre outros. Os Caps/Naps são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam uma população adstrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Podem constituir-se, também, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e hierarquizada. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a

internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. O atendimento em saúde mental, prestado em nível ambulatorial, compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. Esta portaria prevê, ainda, serviços de urgência psiquiátrica em Hospital Geral, com internações de até 72 horas, e em Prontos Socorros Gerais, funcionando 24 horas por dia. Esta estabelece que o atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional, e os pacientes devem contar com espaços para lazer, educação física e atividades sócio-terápicas.

A portaria n.º 145/1994 estabelece a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação na assistência em saúde mental nos três níveis de governo. O objetivo é acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor. Esta portaria permitiu um canal de denúncias de maus-tratos, praticados em instituições e a solicitação de vistoria e avaliação do Ministério da Saúde que, por sua vez, pode acionar as secretarias municipais ou estaduais.

Criada em agosto de 1994, a portaria n.º 147 regulamenta o projeto terapêutico de cada instituição de atendimento psiquiátrico. Segundo esta, os serviços de saúde mental, de acordo com a necessidade de cada paciente, devem oferecer atividades diversificadas, quais sejam: avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual e grupal, abordagem à família e preparação para a alta hospitalar.

Em fevereiro de 2000, foi criada a portaria n.º 106, que estabelece a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, em substituição à internação psiquiátrica prolongada. Estes serviços são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de

internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

O artigo 3º da referida portaria estabelece que cabe aos serviços residenciais terapêuticos:

a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária (PORTARIA/GM Nº 106 /2000).

Finalmente, em seis de abril de 2001, foi aprovada a Lei Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamenta o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária.

O parágrafo único do artigo 2º enumera os direitos da pessoa portadora de transtorno psíquico:

I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII- ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; IX – ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (LEI n.º 10.216 /2001, art. 2).

No que se refere ao cuidado aos internos de longa data, o art. 5º estabelece que:

o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (LEI n.º 10.216/2001, art. 5).

Em janeiro de 2002, foi aprovada a portaria n.º 251, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos e estruturando a porta de entrada para as internações. A assistência hospitalar em psiquiatria no SUS, após a aprovação desta portaria, deve seguir as seguintes diretrizes:

consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes; organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade de ações; garantir a diversidade nos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis; Assegurar a multiprofissionalidade na prestação dos serviços; Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001; Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (PORTARIA/GM n.º 251/2002).

Quanto a atenção em saúde mental aos internos de hospitais de custódia, a Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002, define o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. O Plano estabelece um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica, o mínimo de

assistência no nível da média complexidade, ações complementares e referências para média e alta complexidade. A gestão do Plano é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

Em julho de 2002, em Brasília, durante o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estabeleceram-se diretrizes que deram início a uma nova etapa na assistência ao portador de transtornos mentais internado em hospital de custódia. Tornou-se consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção a saúde mental deverão responsabilizar-se pelo tratamento das pessoas submetida à medida de segurança. Este foi, sem dúvidas, um passo importante para a consolidação da Reforma e para a garantia dos direitos dessas pessoas. No entanto, permanece o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência ao “louco infrator”. O Seminário estabeleceu um diálogo fundamental entre saúde e justiça. A manutenção dessas trocas, assim como a conquista de outras parcerias são de extrema importância para a consolidação das ações propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Em 31 de julho de 2003, foi aprovada a Lei Federal nº 10.708, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos e moradores de serviço residencial terapêutico, inseridos no Programa “De Volta para Casa”. Tal programa tem por objetivo contribuir para o processo de inserção social destas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

A referida Lei foi regulamentada através da portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, que determina os procedimentos necessários para a inclusão dos possíveis beneficiários do Programa “De Volta para Casa”, sendo responsabilidade dos municípios a oferta de ações de saúde mental extra-hospitalares. A portaria dispõe, ainda, sobre a habilitação dos municípios e a garantia de recursos para o financiamento do benefício, estando este a cargo do Ministério da Saúde.

4 ANTECEDENTES DA PROPOSTA

4.1 Saúde mental e justiça: realidade local

O processo de Reforma Psiquiátrica vem acontecendo no mundo desde a Segunda Guerra Mundial. No Brasil, as discussões em torno da reforma começaram a aparecer a partir de 1970, com a redemocratização do país, o que trouxe profundas alterações na prestação da assistência ao portador de transtornos mentais.

Em Santa Catarina, o processo de regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde mental têm sido uma construção lenta e difícil. Há uma concentração dos serviços em determinadas regiões, enquanto em outras, a referência de assistência é ainda modesta, e a falta de comunicação entre os serviços da rede de assistência se faz presente. O Estado conta com 25 Centros de Atenção Psicossocial - Caps e 4 hospitais psiquiátricos atendendo na sua capacidade máxima. Conforme o exposto na Política Estadual de Saúde Mental, a baixa resolutividade do sistema tem como fator contribuinte, além do teto financeiro insuficiente, problemas de infra-estrutura da rede de serviços, falta de recursos humanos qualificados, distribuição espacial e hierarquização da rede; instalações, equipamentos, transporte, medicamentos, materiais e infra-estrutura física de apoio insuficientes, aliados a falta de protocolos que orientem a equipe de saúde mental quanto aos procedimentos adequados. A falta de uma rede básica de assistência eficiente tem gerado situações críticas e, com o aumento da demanda, os hospitais psiquiátricos estão superlotados.

No sentido de melhorar as ações de segurança pública e a atenção a população carcerária, a atual gestão da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão em conformidade com o Plano Nacional de Segurança Pública estabeleceu ações que delineiam um plano de acordo com as necessidades específicas do estado.

São 61 Ações, que integram três grandes projetos: Melhoria da Segurança Pública do Estado; Descentralização de Ações na Área da Segurança Pública e Aperfeiçoamento do processo de recuperação de detentos e de adolescentes infratores. Dentre as ações destacamos: Ação 12 – Unificar a formação dos profissionais da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão; Ação 35 – Corrigir as Disfunções (os profissionais serão empregados exclusivamente nas atividades específicas a que se destinam e para as quais foram capacitados e treinados); Ação 47 – Disponibilizar apoio social, psicológico, jurídico, pedagógico e de saúde no Sistema Penal (esses atendimento deverá ser estendido aos servidores e aos familiares dos recolhidos); Ação 48 – Prestar assistência social aos familiares dos apenados; Ação 52 – Disponibilizar o trabalho prisional e a reintegração social; Ação 54 – Proporcionar a profissionalização de apenados e de adolescentes recolhidos; e Ação 58 – Construir novos presídios e Hospital de Custódia (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2003).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico integra o conjunto de instituições do Sistema Penal do Estado de Santa Catarina. Constituindo-se num misto de hospital-presídio, destinado a atender portadores de transtorno mental que cumprem medida de segurança, presidiários que, no decorrer da prisão, necessitam de tratamento psiquiátrico e aqueles que vem para fazer Laudo de Sanidade Mental, a Instituição atende em média 200 pessoas por mês.

Atualmente, o HCTP sofre com o problema da superlotação. O Hospital conta com 93 leitos, mas o número de pacientes é em média 110, tornando os espaços restritivos à

realização de tarefas e ao bem estar dos internos, longe de atender os dispositivos das portarias que regulamentam a assistência em saúde mental.

O HCTP encontra muitas dificuldades para atingir seus objetivos: funciona em instalações muito antigas e precárias; os equipamentos são antigos; não há um sistema de informações, o que tem gerado diversos problemas quanto aos fluxos de trabalhos, troca de dados e tomada de decisão; o serviço de arquivos funciona de forma arcaica; o quadro de recursos humanos está defasado, o que compromete o atendimento das perícias e interno; muitas vezes há falta de diálogo e consenso nas relações internas, o que segmenta as ações e quebra os princípios do trabalho multidisciplinar⁴.

O Hospital sofre, ainda, com a falta de dotação orçamentária, ficando sempre à mercê de negociações quanto a sobras financeiras das outras unidades do Sistema Penitenciário. A Instituição não conta com um planejamento estratégico. Inexiste, assim, uma linha de ação traçada para os próximos anos. Há um descaso das próprias autoridades do Sistema Penal, que não o tratam como hospital, mas sim, como uma prisão, o que dificulta o cumprimento das ações propostas na Reforma Psiquiátrica (TAVARES, 2002).

Nos 31 anos de existência do HCTP, passaram pelo Hospital aproximadamente dez mil pessoas para realizar perícias judiciais (dependência toxicológica, sanidade mental, exame criminológico para progressão de regime e de cessação de periculosidade) e para receber em regime de internamento tratamento médico especializado (TAVARES, 2002).

A clientela internada do HCTP é, em geral, de baixo nível de escolaridade e situação sócio-econômica precária.

⁴ Um estudo detalhado sobre as condições de estrutura e funcionamento do HCTP pode ser encontrado no trabalho de TAVARES, José Ricardo. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada à Escola Superior de Administração e Gerencia – ESAG da Universidade do Estado de Santa Catarina).

Conforme pesquisa realizada por Marca em 2002, quanto ao motivo da hospitalização, 64% dos internos, a maioria, cumpre medida de segurança, que vai de um a três anos; 18% aguardam laudo de sanidade mental e/ou sentença e 18% são provenientes de outros estabelecimentos penais e encontram-se internados para tratamento. A pesquisa aponta ainda que 35% dos internos já cumpriram a medida de segurança determinada e permanecem na instituição, sendo o motivo da permanência, a falta de apoio sócio-familiar e/ou a situação de doença.

A faixa etária dos internos varia de 18 a 60 anos de idade, mas está concentrada entre 28 e 32 anos, idade ativa e produtiva para o mercado de trabalho e constituição de suas famílias. Em sua maioria de nível sócio-cultural baixo, sendo que 67% tem o 1º grau incompleto e 12% são analfabetos; 83% são de etnia branca. Quase metade dos pacientes internados, 44% é reincidentes, o que demonstra uma ineficiência do tratamento para a reinserção social dos indivíduos (MARCA, 2002)⁵.

Alguns fatores contribuem para a reinternação, como a situação sócio-familiar e econômica do paciente que, em geral não possui vínculos familiares e ou sociais e não tem condições de sustentação para se manter no seu meio social; a precariedade do tratamento na rede de assistência em saúde mental (atenção básica e ambulatorial) e o fato de que a maioria volta a usar drogas.

Não podemos deixar de considerar que essa situação também é reflexo de uma política de atenção em saúde mental que não possibilita um tratamento de qualidade com redes de apoio externas que possam estar acompanhando o paciente na sua reinserção à sociedade.

⁵ Mais dados sobre o perfil dos internos no HCTP pode ser encontrado no trabalho de MARCA. L. Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2001.

A ausência de uma rede de apoio estruturada com serviços ambulatoriais extra-hospitalares especializados no atendimento de doentes mentais propicia uma maior vulnerabilidade dos mesmos.

Para atender a finalidade de oferecer tratamento psiquiátrico o Hospital conta com uma equipe técnica multidisciplinar. São profissionais das áreas de psiquiatria, clínica médica e odontologia, serviço social, psicologia, direito, educação física, enfermagem, apoio administrativo e segurança. Observamos que há defasagem no quadro de profissionais, principalmente na atenção direta ao paciente, sendo que, o número de internos está além da capacidade e não há contratações de novos profissionais.

Na percepção do Serviço Social, o trabalho multidisciplinar reforça a abordagem psicodinâmica no tratamento da doença mental. O indivíduo é visto como um ser biopsicosocial. A atenção ao paciente integra cada um desses aspectos, prejudicados no momento de seu adoecer. A parte biológica é tratada através da avaliação médica e do uso de medicamentos. A dimensão social é resgatada nos grupos operativos, considerando a história do paciente, sua cultura e seu grupo familiar, tendo em vista que, a ruptura do cotidiano pode levar o sujeito a uma crise de identidade. O psicológico é acolhido no atendimento terapêutico individual e coletivo (HCTP, 2003).

Para avaliar, discutir e planejar as ações profissionais são realizadas reuniões, semanais, com a equipe multidisciplinar, com as estagiárias e com a administração e direção do Hospital. Na reunião da equipe multidisciplinar são analisados os assuntos tratados na assembléia dos pacientes e encaminhadas as solicitações para a direção geral, através de comunicação interna, bem como a lista dos pacientes que solicitaram atendimento dos diversos profissionais da equipe. Na reunião com as estagiárias serão discutidos os casos atendidos no decorrer da semana, decidido os encaminhamentos necessários e realizada a

supervisão de estágio. Com o setor administrativo e a direção geral serão abordados assuntos gerais referentes ao Hospital.

Baseado no princípio de que cada profissional, além de se sua qualificação específica, atua como agente terapêutico, o Serviço Social em conjunto com a equipe técnica do Hospital, desenvolveu um programa de atendimento aos pacientes a ser aplicado através de atendimento individual; atendimento grupal (assembléia, grupo operativo, grupo com pacientes novos, grupo de correspondência); atividades de ressocialização com o Grupo Alta Progressiva; atendimento a familiares; oficinas terapêuticas; atividades sociais; reuniões multidisciplinares para avaliação de casos e do próprio processo de trabalho da equipe (HCTP, 2003).

4.2 Atividades de ressocialização com os internos em alta progressiva do HCTP

Objetivando ressocializar os pacientes que já cumpriram a medida de segurança determinada, mas que não contam com suporte sócio-familiar para retornarem ao convívio em sociedade, o Hospital tem desenvolvido algumas atividades com este grupo.

Essas atividades tiveram início em 1998, quando o juiz da Vara de Execuções Penais da Capital aceitou uma sugestão da equipe técnica do HCTP, dando autorização judicial para que alguns pacientes (aqueles que já cumpriram a medida de segurança, mas não contam com apoio familiar, não tem para onde ir e, por isso, permanecem na instituição) pudessem sair, acompanhados, com supervisão e controle da equipe do Hospital.

O objetivo é favorecer o contato do paciente com a realidade externa, estimular a independência pessoal; propiciar o exercício da cidadania; exercitar as oportunidades de desenvolvimento nas relações sociais, resgatar a auto-estima através do auto-cuidado; incentivar a colaboração e cooperação no grupo, oportunizar laços de companheirismo.

Os pacientes que estão na condição de alta progressiva têm a oportunidade de frequentar o Núcleo de Atenção Psicossocial – Naps do município de Florianópolis e, sair para passeios, semanais, realizados sob a coordenação da professora de Educação Física e, acompanhados por uma estagiária de Serviço Social e um ou mais Agentes de Segurança. O objetivo da atividade de passeio é favorecer o contato com a realidade externa, estimular a independência pessoal, propiciar o exercício da cidadania, exercitar as oportunidades de desenvolvimento de relações sociais, resgatar a auto-estima, através do autocuidado. Nesses passeios eles se relacionam com pessoas, lugares, coisas diferentes das que vivem no dia-a-dia. A atividade é aguardada ansiosamente, pois para a maioria é o único momento de contato com a realidade externa a da instituição. O grupo dos pacientes da alta progressiva é dividido em 3 grupos, saindo cada semana um desses grupos, num esquema de rodízio.

O Serviço Social atua junto a este grupo, através da realização de reuniões semanais, nas quais, são discutidos temas da realidade vivida por eles e o processo de alta progressiva. Trabalhadas situações que envolvam os passeios do grupo e a vinculação ao tratamento na rede de atenção em saúde mental, no caso o Naps/Florianópolis. A proposta é identificar as demandas desses pacientes e atendê-las de acordo com o possível. Uma das mais frequentes é a solicitação de alta definitiva do hospital, mas a concretização disso esbarra na falta de suporte sócio-familiar e na condição de saúde, geralmente comprometida devido a cronificação da doença e o longo período de internação. As técnicas de dinâmicas das reuniões podem variar da discussão verbal do tema proposto a atividades de recorte, colagem, desenho,

pintura. São criadas de acordo com a disponibilidade de espaço físico e materiais didáticos disponíveis.

As reuniões com o grupo seguem a concepção de Pichon-Rivière, que define grupos operativos como um conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de espaço e tempo, articuladas por sua mútua representação interna, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis, que se propõe de forma explícita ou implícita uma tarefa, que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Ainda segundo Pichon (1988), o que caracteriza os grupos operativos é a relação que seus integrantes mantêm com a tarefa. No caso de um grupo terapêutico a tarefa restringe-se na obtenção da cura, no grupo de aprendizagem, na aquisição de conhecimentos. Contudo em sua opinião, em essência não há diferenças entre os propósitos terapêuticos e os de aprendizagem, sendo, portanto indissociáveis.

Do total de pacientes que se encontram em alta progressiva, atualmente, nove deles têm a oportunidade de freqüentar o tratamento no Núcleo de Atenção Psicossocial – Naps do município de Florianópolis. Outros seis pacientes apresentam interesse e aguardam vaga. Em geral, eles encontram algumas dificuldades para a vinculação ao tratamento. Alguns não conseguem se adaptar a dinâmica e rotina de atendimento, outros sofrem com intercorrências clínicas e/ou psíquicas e em condições de saúde desfavoráveis desistem, outros não querem ir.

A avaliação dos pacientes para acessar ou não a condição de alta progressiva depende da avaliação feita, anualmente, através de Laudo de Cessação de Periculosidade, sendo que esse é encaminhado ao juiz, que vai determinar se o paciente vai ou não usufruir das atividades. O laudo compreende a avaliação médica sobre o estado de saúde, o parecer social informando as condições de apoio sócio-familiar e o relatório de vida hospitalar do paciente.

5 JUSTIFICATIVA

5.1 Serviço Social: processos de planejamento e gestão e processos sócio-assistenciais

Segundo Miotto (2002), as ações que os assistentes sociais desenvolvem estão articuladas em eixos paradigmáticos, os quais referem-se ao princípio de que as ações se definem dentro de um conjunto de proposições teórico-metodológicas e ético-políticas. Estes eixos não são estáticos e nem impermeáveis, porque são construídos com base no contexto de intervenção, tendo como referência as bases teóricas e ético-políticas da profissão. A autora, os define em: eixo da normatividade e estabilidade, e eixo do conflito e da transformação. No da normatividade e estabilidade estão vinculadas as ações do modelo clássico de intervenção técnico-burocrático e do psicossocial-individualizante. As ações direcionadas aos sujeitos sociais, que objetivam a construção da cidadania e a defesa dos direitos estão vinculadas ao eixo do conflito e da transformação.

Tais paradigmas correspondem a dois projetos de profissão, os quais coexistem historicamente e perpassam a ação profissional, o que para Yamamoto (1992) consiste em um projeto de profissão baseado no conservadorismo, no qual a ação profissional está orientada para o consenso/coersão, e outro abalizado por uma concepção crítica e orientado por uma pedagogia emancipatória, com vistas a efetivação de direitos e a emancipação de indivíduos como sujeitos sociais.

Desta forma, o trabalho dos assistentes sociais incide nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho, ou seja, a ação profissional tem um

efeito no processo de reprodução da força de trabalho, através da prestação de serviços sociais previstos em programas nas áreas de saúde, educação, assistência social etc.. Contudo, o Serviço Social tem, ainda, uma dimensão que não é material. Esta caracteriza-se como social, ou seja, as ações profissionais também incidem no campo do conhecimento, dos valores, comportamentos, da cultura, os quais geram efeitos reais na vida dos sujeitos. Os resultados das ações dos assistentes sociais “existem e são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda, que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços” (IAMAMOTO, 1998). De acordo com Miotto (2002), a intervenção em processos de planejamento e gestão consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas, voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas à gestão e capacitação de recursos humanos e gestão da informação, planejamento e gerenciamento de programas, projetos e serviços.

No Serviço Social,

o planejamento é o instrumento que permite organizar o processo de trabalho – objeto (matéria-prima), objetivos (o que se pretende), instrumentos de trabalho (meios de trabalho) e resultados do processo (produto), articulando os limites institucionais, as demandas, as ações profissionais e os instrumentos de ação. Permite, ainda, avaliar o seu produto e resultado, dando visibilidade e densidade técnico-científica ao trabalho (CADERNOS CRESS, [s/d] apud MIOTTO, 2002)

Assim, o planejamento contribui para que a ação não se reduza a ações residuais, pontuais, imediatistas e sem consciência crítico/reflexiva. O planejamento traz duas implicações à ser consideradas: o aspecto político-ideológico e o técnico-operativo (CADERNOS CRESS, [s/d] apud MIOTTO, 2002).

Quanto aos processos sócio-assistenciais, a intervenção profissional tem o objetivo de identificar as causas das dificuldades, as possibilidades de mudanças e os recursos que possam contribuir para articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida (MIOTTO, 2002).

A intervenção sócio-assistencial engloba as ações sócio-educativas, sócio-emergenciais, desenvolvidas no sentido de atender as demandas relacionadas às necessidades básicas dos usuários, as sócio-terapêuticas, desenvolvidas diante de situações de sofrimento subjetivo individual e grupal, e a intervenção em rede, que significa acionar as redes primárias e secundárias dos usuários de maneira a ampliar as estratégias de intervenção.

5.2 Serviço Social no Sistema Penal

Conforme Mirabete (2000), o Serviço Social penitenciário é um ramo especializado, cujos usuários têm uma situação característica, um status de condenado, do qual decorrem direitos e deveres específicos, exigindo-se dos assistentes sociais sólidas noções a respeito de pena (sua ontologia, funções e finalidade), da sentença condenatória (sua significação, valores e conseqüências diretas e indiretas), dos direitos e deveres dos condenados.

Segundo o autor, dentro da concepção penitenciária moderna, corresponde ao Serviço Social uma das tarefas mais importantes no processo de reinserção social do condenado ou internado, pois ao assistente social compete acompanhar o “delinqüente” durante todo o período de recolhimento, investigar sua vida com vistas na redação de relatórios sobre os problemas do preso, promover a orientação do assistido na fase final do cumprimento da pena etc.. Tudo para colaborar e consolidar os vínculos familiares e auxiliar

na resolução dos problemas que dificultam a reafirmação do liberado ou egresso em sua própria identidade.

Assim, o art. 10 da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984) estabelece que a assistência social ao preso e ao internado é dever do Estado e, o art. 22 declara os fins dessa assistência: amparar o preso e internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Conforme o artigo 23 da Lei de Execução Penal é incumbência do Serviço Social Penitenciário:

- I- conhecer os resultados dos diagnósticos e exames;
- II- relatar, por escrito, ao diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentados pelo assistido;
- III- acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;
- IV- promover no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;
- V- promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena e do liberado, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;
- VI- providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da previdência social e do seguro por acidente de trabalho;
- VII- orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima (MIRABETE, 2000).

Quanto à atribuição de promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade, entendemos que o Serviço Social e os demais profissionais da equipe multidisciplinar devem procurar oferecer condições ambientais adequadas, ou seja, amparo para que se consolide o processo de reinserção social.

Ainda, segundo o autor, atenção especial deve ser dada, como preconizam as Regras Mínimas da ONU, ao serviço de manter e melhorar as relações entre o condenado e sua família, quando essas estejam convenientes para ambas as partes, incentivando o internado

para que mantenha ou estabeleça relações com pessoas ou órgãos externos que possam favorecer os interesses de sua família, assim como sua própria readaptação social.

Muitas vezes o processo de reintegração social é obstaculizado ou dificultado pela razão de o egresso ou liberado não portar documentos de identidade, carteira de trabalho, título eleitoral, indispensáveis para sua colocação em um emprego regular. Nesse sentido, cabe ao Serviço Social providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da previdência social e do seguro por acidente de trabalho do preso e do internado.

Quanto a atribuição de promover no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação Miotto (1975) apud Mirabete (2000), coloca que o homem necessita de recreação em suas diversas formas, não só por motivos de ordem higiênica, para sua saúde física e psíquica, mas também por motivos de ordem moral, pois o equilíbrio da pessoa humana abrange também o comportamento ético. Nesse caso, o lazer constitui um bom instrumento ou ocasião de desabafo da tensão íntima produzida pela atmosfera psicológica opressiva, carregada, própria da prisão, contribuindo para exercitar a capacidade de iniciativa e de realização, a imaginação, a dedicação e o senso de responsabilidade no interno. A autora destaca, ainda, que os lazeres devem ser orientados, dirigidos, supervisionados por profissionais qualificados para evitar que equivaliam a trabalho disfarçado ou, no extremo oposto, à ociosidade.

5.3 A experiência do Serviço Social junto ao grupo de pacientes do HCTP em alta progressiva

Durante o período de março a dezembro de 2003 realizamos Estágio Curricular em Serviço Social no HCTP, acompanhando o grupo de pacientes em alta progressiva. Essa experiência foi fundamental para a fundamentação da proposta de programa de alta progressiva que apresentamos neste trabalho.

Quando do início do estágio, definimos como um dos objetivos de nosso trabalho formar um grupo entre os pacientes em alta progressiva, visando criar entre estes uma identidade de grupo e com isso orientar, através de ação sócio-educativa, práticas coletivas de reabilitação social.

A metodologia utilizada foi o atendimento em grupo conforme a concepção de grupo operativo de Pichon-Rivière. As dinâmicas utilizadas foram as possíveis, de acordo com as condições oferecidas pela instituição. As reuniões aconteciam no refeitório do Hospital, sendo que tivemos algumas dificuldades na condução destas, pois o espaço não é adequado para tal atividade.

Geralmente, os encontros tinham o seguinte processo: os pacientes eram chamados para a reunião, a estagiária fazia o acolhimento, motivando-os a participar das discussões. Após, perguntava-se se alguém tinha algum assunto para colocar. Por vezes, os pacientes apresentavam algum tema ou questão a ser discutida.

Considerando que, no processo de formação de grupo as relações interpessoais vão se estabelecendo aos poucos, a medida que o grupo satisfazer os interesses pessoais individuais e que as afinidades atraiem os indivíduos uns para os outros, as questões que mais apareciam estavam na ordem de solicitações individuais de informações sobre o processo

jurídico e a manifestação do desejo de alta, acompanhado do argumento de já ter cumprido o tempo de medida de segurança. Problemas estruturais e de conjuntura do Hospital tais como a qualidade da alimentação, as condições de infraestrutura das enfermarias e demais dependências, o relacionamento com os agentes, a falta de atendimento médico, odontológico, psicológico e jurídico também eram abordadas. Posteriormente, o grupo passou a colar questões relacionadas ao interesse coletivo de informação sobre direitos e outros temas como trabalho, lazer, comportamento.

A reunião do grupo também era o momento para discussões em torno das intercorrências que prejudicavam ou impediam a ida deles ao Naps, e solicitações, por parte daqueles que não freqüentam, para que fosse viabilizada vaga para tratamento. Este assunto foi abordado quando o grupo já se encontrava num estágio de identificação com o sentido de coletivo (nós) e eles apresentavam compreensão sobre alta progressiva e interesse pelo tratamento no Naps.

Os assuntos colocados pela estagiária abordaram a importância, a responsabilidade e a motivação para o tratamento no Hospital e, quando da desinternação, nos Centros de Atenção Psicossocial. Procurou-se informar sobre as dificuldades postas na implementação e implantação das ações de saúde mental propostas pela Reforma Sanitária na realidade local e, as possibilidades e recursos de tratamento existentes em Florianópolis e no estado. Também, abordamos assuntos relacionados a questões da vida cotidiana como uso adequado do dinheiro pessoal para suprimento das necessidades básicas, gastos excessivos com tabagismo, cuidado com a aparência, higiene pessoal, apresentação e comportamento.

O grupo foi formado a partir de uma primeira reunião para a qual foram chamados os pacientes que na ocasião freqüentavam o Naps. Nesta, colocou-se a sugestão de realizar o grupo com todos os pacientes que estão em alta progressiva, um total de 30 pacientes.

Na segunda reunião, foram chamados todos os pacientes em alta progressiva, sendo que, a partir desta, optamos por realizar o grupo apenas com os pacientes que freqüentavam o Naps e aqueles que, nesta reunião, manifestaram interesse em participar do grupo. Esclarecemos que fizemos essa opção porque alguns pacientes que estão na condição de alta progressiva, no momento passavam por intercorrências clínicas e/ou psíquicas e não estavam em condições de participar, pois percebemos que este fato poderia estar prejudicando a realização do trabalho proposto. Os pacientes que estão em momento de crises psíquicas (delírios, agressividade, mania, transtornos) acabam por comprometer o andamento dos trabalhos com o grupo, visto que necessitam de atendimento individual, diferenciado e especializado para a situação.

A partir da definição dos membros que passariam a compor o grupo, nossas atividades foram organizadas de forma sistemática, sendo que as reuniões com os pacientes aconteceram semanalmente, com um tempo de duração aproximado de uma hora.

Num primeiro momento, o grupo foi composto por onze pacientes, destes, seis freqüentavam o Naps e os demais aguardavam abertura de vagas. Posteriormente, outros pacientes ingressaram no grupo, quando recebiam autorização para alta progressiva.

No decorrer do processo de formação do grupo, foram realizadas dinâmicas de apresentação e integração entre os pacientes na intenção de possibilitar que eles se conhecessem, conhecessem a história de vida do colega e pudessem expor sua própria história. O objetivo da realização destas dinâmicas foi possibilitar que eles se sentissem valorizados e que apreendessem com as experiências de vida dos colegas.

Observamos que as primeiras reuniões do grupo funcionaram como um espaço para os pacientes expressarem suas necessidades individuais: como estavam se sentindo, indagações sobre quando teriam alta, queixas e reclamações a respeito do atendimento ou falta

deste e necessidades específicas. Inicialmente, esse era o assunto predominante, pois na fase inicial do grupo notamos que os pacientes apresentavam muita necessidade de expressar-se, através da oralidade, e apresentavam-se muito ansiosos e centrados em si. Posteriormente, as reuniões tornaram-se, um espaço de interação, comunicação, informação, colaboração, cooperação, trocas, esclarecimento e integração entre os membros do grupo.

Nas nossas intervenções procuramos colocar que, ao propiciar a realização das reuniões, nosso objetivo era facilitar a comunicação e propiciar integração entre eles, fazendo com que eles pudessem perceber o grupo como um momento de encontro, que este servisse de elo para a construção de sentimentos de amizade, solidariedade, companheirismo, respeito e, principalmente, se consolidasse como um espaço de reivindicações de interesse coletivo.

Na continuidade das reuniões vários assuntos foram abordados. Destacamos alguns que produziram alterações capazes de movimentar a dinâmica do grupo. Um destes foi o resgate da história de vida individual. Para tal, utilizou-se uma dinâmica que consistiu no depoimento individual a partir da questão colocada para o grupo. A mobilização aconteceu com base nas interrogações apresentadas: “quem sou eu?” “O que preciso para tocar minha vida para frente?” Os pacientes colocaram para o grupo depoimentos sobre suas vidas no passado e suas expectativas com relação ao futuro. Muitos deles desconheciam a história de vida dos companheiros mesmo convivendo juntos há vários anos, sendo que os depoimentos sensibilizaram o grupo.

Nesta dinâmica podemos notar que quando eles são questionados sobre suas vidas, colocam como questão central o delito, expressando o fato de maneira que suas histórias de vida sejam resumidas àquele momento, desconsiderando que possuem uma vida que vai além do crime cometido. Entendemos que tal situação reflete a estigmatização, a segregação e o preconceito que essas pessoas são vítimas.

No decorrer dos trabalhos com o grupo, utilizamo-nos dos depoimentos dos pacientes para relacionar e informar sobre a situação de alta progressiva que eles vivem. A maioria deles não tinha entendimento do que é alta progressiva e como já cumpriram a medida de segurança determinada, questionam o porque não são liberados. Nas suas falas, justificam que sabem se virar sozinhos e que não precisam da família. Neste caso, esclarecemos que eles permanecem no hospital porque o apoio familiar é condição estabelecida pela justiça para a desinternação. Uma vez que não contam com este suporte nem por parte dos familiares nem por parte do Estado permanecem na Instituição e por isso pensou-se na alta progressiva como uma possibilidade para futura desospitalização. Visto que esta visa a preparar e encaminhá-los para a vida fora do hospital.

A partir desta discussão, orientamos que a vida em liberdade necessita de uma estrutura capaz de garantir moradia, alimentação e sustentação do tratamento e, que sem isto, as possibilidades de viver com dignidade são mínimas ou inexistentes.

Nossa intenção ao abordar tal questão foi a de repassar dados de realidade que os fizessem perceber que nos casos de internações longas a desospitalização, é um processo gradativo e que é preciso vivenciá-lo em todas as fases, considerando que nos casos em que não há vínculo e apoio familiar eles precisam estar preparados para conduzir suas próprias vidas.

Outra questão discutida foi os direitos do portador de transtorno mental na legislação atual e como vem acontecendo a operacionalização das ações de assistência em saúde mental na realidade local. Esse assunto provocou sentimentos de indignação e insatisfação no grupo, pois os pacientes que estão envolvidos com as discussões da Luta Antimanicomial nas reuniões que freqüentam no Naps, manifestaram-se questionando o

tratamento que recebem no HCTP, dizendo que este não está adequado aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ainda na temática direitos do portador de transtorno mental abordamos o assunto referente ao Programa de Volta Para Casa, do Ministério da Saúde. Nossa intervenção foi no sentido de repassar informações e esclarecimentos a respeito do programa.

Passado o tempo em que se firmaram relações entre os membros do grupo, as reuniões abordaram temas mais específicos da alta progressiva e os pacientes realizaram tarefas com relação aos assuntos discutidos. Neste momento identificamos que o grupo se encontrava no estágio de identificação com o “nós” e eles se reconheciam como grupo de alta progressiva.

Assim, neste segundo estágio do grupo discutimos temas que envolveram os assuntos trabalho, residência terapêutica, saúde mental, temas livres e, a relação das atividades que eles participavam na alta progressiva (passeio, Naps, reuniões de grupo) com o processo de ressocialização.

Para discutirmos o tema residência terapêutica utilizamo-nos da leitura e interpretação de uma reportagem sobre a experiência que ex-internos do Instituto Juliano Moreira de Campinas /SP (Revista Época, 15 de setembro de 2003). De posse da reportagem, foi feita a leitura com a participação dos pacientes. Nossa intervenção aconteceu de forma a ajudar na interpretação, reforçar as conquistas daqueles ex-pacientes e estimular o desejo de buscar condição de vida igual, relacionando que as dificuldades que aqueles vivenciam demonstram a necessidade de um processo de preparação para a alta. Após a duas reuniões de discussões sobre o assunto o grupo realizou a tarefa proposta. Desenharam uma casa, simbolizando a residência terapêutica e dentro desta colaram desenho de um boneco, que foi devidamente caracterizado por eles com cores e estilo da própria fisionomia, simbolizando

cada um deles.

Outra atividade realizada pelo grupo foi a construção de uma carta abordando os pontos positivos, o que precisa melhorar e as propostas apresentadas por eles para melhorar as condições de tratamento do Hospital. A idéia de escrever tal carta surgiu porque no mês de outubro de 2003 foi realizado, na cidade de Brusque /SC, o III Fórum Catarinense de Saúde Mental. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis foi uma das oficinas do Fórum, realizada pela equipe de Serviço Social juntamente com a profissional de Educação Física. O grupo da alta progressiva esteve presente no evento, representado por um de seus membros que leu a carta na oficina e na plenária, sendo que, esta, aprovou a inclusão do documento no Relatório Final do Fórum.

A realização da tarefa consistiu na elaboração de cartazes que apresentavam as principais reivindicações do grupo. Todos os pontos levantados foram discutidos, melhorados quando necessário e aprovados pelo grupo. Posteriormente, o conteúdo dos cartazes foi sistematizado pela coordenadora do grupo em forma de carta. A atividade privilegiou a participação dos pacientes no apontamento das questões e a linguagem simples da carta para que todos pudessem entender o documento.

Outro objetivo de nosso trabalho, definido quando da elaboração do Plano de Estágio, era estimular a adesão e continuidade do tratamento no Naps. Assim, repassamos informações sobre o que é e qual a finalidade do Naps, quais as atividades, oficinas oferecidas, ressaltando a importância da continuidade do tratamento quando da desospitalização. Utilizamos como metodologia a apresentação de folders explicativos do Naps e depoimentos dos pacientes que freqüentavam. Percebemos que obtivemos êxito quando avaliamos que houve uma maior vinculação ao tratamento e a manifestação do interesse em ir ao Naps por parte de vários pacientes.

Tendo em vista o objetivo de estabelecer vínculos e estimular o desenvolvimento de relações de solidariedade e afetividade entre os membros do grupo acompanhamos os passeios que são realizados, semanalmente, com cada um dos grupos. Por questões de segurança e de disponibilidade de recursos (veículo e profissionais), os pacientes foram divididos em 3 grupo de em média 8 pacientes cada grupo. A cada semana o passeio é realizado com um dos grupos, seguindo um esquema de rodízio, o que faz com que cada grupo usufrua da atividade a cada três semanas. Esta atividade é coordenada pela professora de educação física e, acompanhada por um agente prisional.

Nos passeios procura-se oportunizar ao paciente o exercício de sua cidadania, oferecendo condições para a ampliação da autonomia individual. Procuramos apresentar e informar sobre os lugares e as coisas que visitamos. Nas conversas abordamos questões que envolvem perspectiva, projeto de vida, comportamento, relações sociais, observando que o tratamento psiquiátrico envolve, também, desejo e determinação na definição e no processo para alcançar os objetivos pretendidos.

Os passeios são a oportunidade que estas pessoas tem de conhecer lugares e coisas desconhecidas por eles e, ainda, experienciar situações nunca vividas. Nos momentos de diálogos procuramos repassar dados de realidade que permeiam a vida em liberdade, pois como eles passam grande parte do tempo no Hospital e, devido o estágio de cronificação da doença ou mesmo porque eles viveram pouco tempo de suas vidas no convívio social, acabam esquecendo ou não reconhecendo as coisas, as situações já vividas.

Ainda, os passeios são comentados e avaliados nas reuniões do grupo. Para destacar a finalidade sócio-educativa desta atividade utilizamo-nos dos depoimentos individuais a respeito das experiências apreendidas. Cada paciente fala o que mais lhe chamou a atenção no passeio, o que ele conheceu, lembrou, reviveu, apreendeu. Esta dinamização das

observações e experiências individuais tem por objetivo fazer com que eles possam perceber e respeitar as próprias particularidades e a dos colegas.

Nos passeios que acompanhamos durante o período de estágio foram visitados vários pontos turísticos de Florianópolis como praias, Mirante do Morro da Cruz, exposições no Centro Integrado de Cultura - CIC, a Semana de Ensino Pesquisa e Extensão da UFSC - SEPEX, o Museu Cruz e Souza, a Fortaleza São José da Ponta Grossa, a Base Aérea de Florianópolis, o Parque Municipal Córrego Grande.

Esta atividade é de fundamental importância para o grupo. Acontece como um momento de descontração, lazer, socialização, educação, oportunidade de exercer a cidadania e ampliar a autonomia. Porém, nem sempre foi possível manter a frequência dos passeios, pois para realizá-los encontramos algumas dificuldades postas pela falta de condições. Por vezes, o veículo que faz o transporte do grupo não esteve disponível. Em determinados dias a atividade coincidiu com outras responsabilidades da equipe que necessitavam do uso do carro. Outras situações tais como o número insuficiente de agentes prisionais de plantão para atender a realização das demandas da Instituição e o tempo chuvoso, impossibilitaram a realização de passeios. O passeio é considerado atividade complementar, por isso depende da disponibilidade da equipe e dos recursos técnicos para ser realizado.

Nossa avaliação sobre a atividade de passeios se faz na percepção de que a medida que eles vão tendo mais oportunidades de contato com a realidade externa, passam a ter uma preocupação maior com a aparência, a higiene, o auto-cuidado, aumentando a auto-estima. Ainda, quanto ao entrosamento do grupo percebemos que as relações vão se estabelecendo com quem eles mais se identificam. Neste sentido, os passeios e as reuniões com o grupo facilitaram o desenvolvimento de relações de amizade e estabeleceram sentimento de companheirismo entre eles. Eles conversam mais, aconselham um ao outro, respeitam-se,

solidarizam-se com os colegas.

Quanto a ansiedade posta pelas novas vivências na alta progressiva podemos observar que, atualmente, eles demonstraram uma maior compreensão do processo de alta pelo qual estão passando. Apresentam-se menos ansiosos e demonstram entendimento da importância da reabilitação social gradativa, passando a considerar projetos de vida mais presentes à realidade em que vivem. A saída definitiva e imediata já não é mais a única possibilidade que eles consideram para reconstruir suas vidas. Eles passam a considerar que a desospitalização começa pela alta progressiva e definem como uma próxima etapa saídas durante o dia para atividades e retorno a noite para o HCTP.

Em relação a ampliação da autonomia, observamos que a situação de custódia dos internos impõe limitações quanto a independência e a responsabilidade sobre si. Assim, procuramos, de acordo com as possibilidades, favorecer a participação de cada paciente nas decisões sobre suas vidas.

Para atender a necessidade de ampliação do número de pacientes atendidos no Naps buscamos junto a equipe deste serviço a realização de uma reunião para que pudéssemos discutir sobre a possibilidade de ampliação do número de vagas para tratamento, visto que vários pacientes aguardavam vaga.

A primeira reunião aconteceu na primeira semana do mês de maio e, a partir desta assumimos o compromisso de mensalmente estarmos realizando uma reunião para discutirmos a evolução dos pacientes que são atendidos em comum pelo HCTP e Naps. Ainda, nos responsabilizamos por estar realizando a comunicação formal entre as duas instituições, visto que até então a comunicação existia apenas quando da solicitação de vaga. Através deste vínculo foi possível acompanhar o tratamento dos pacientes e informar quando da ocorrência de suspensão de saída, alta ou transferência de algum paciente.

A partir da primeira reunião com a equipe do Naps, sentiu-se a necessidade da elaboração de um documento que descrevesse a história de vida dos pacientes que freqüentavam o tratamento. Com base nos registros contidos nos prontuários fizemos o regate das informações e encaminhamos ao Naps a história de vida dos pacientes. Posteriormente, em reunião, avaliamos que o documento facilita e, em alguns casos, redirecionou o tratamento terapêutico de pacientes.

Nestas reuniões além da avaliação do andamento do tratamento de cada paciente, consideramos possibilidades e alternativas de tratamento como a liberação diária e desacompanhada de pacientes que manifestam o desejo de freqüentar o Naps todos os dias. Atualmente, nove paciente freqüentam o Naps, destes, três tem liberação para saídas desacompanhadas, sendo que vão ao Naps todos os dias e, no caso de dois deles está sendo encaminhado o pedido de liberação.

No decorrer de nosso trabalho avaliamos que em decorrência da realização das reuniões e o acompanhamento dos passeios do grupo os pacientes assumiram um compromisso maior com o tratamento no Naps. Isso apareceu nas reuniões, quando alguma intercorrência os impedia de ir, como o tempo chuvoso, a falta de agente prisional para acompanhar ou mesmo quando algum dos colegas faltava, eles traziam o assunto para a reunião, solicitando que fosse solucionado. A partir disso, estabelecemos junto ao serviço de segurança do Hospital que eles estariam indo ao Naps quando houvesse um mínimo de três pacientes que quisesse ir.

Percebemos que após as primeiras reuniões com o grupo, quando falamos sobre a importância do tratamento terapêutico na recuperação e que a possibilidade que eles tinham de usufruir disso era o Naps, pacientes que já tinham freqüentado, mas que desistiram de ir pediram para retornar, sendo que continuam sustentando esse desejo e aguardam vaga. Do

total de pacientes que fazem parte do grupo, hoje, nove demonstram que estabeleceram um vínculo com o Naps freqüentando assiduamente.

Ao final de nossos trabalhos realizamos uma avaliação do estágio do grupo e, podemos dizer que este se apresenta fortalecido, identificando-se com o sentido do coletivo, do “nós” e, com relações estabelecidas entre seus membros.

A partir do exposto, consideramos que ao conhecermos a situação local de assistência em saúde mental e relacionarmos as condições postas com os princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, não podemos deixar de avaliar que a realidade prática não condiz com o conteúdo das várias portarias e leis estabelecidas como referência para a melhora da atenção em saúde mental.

A reversão do modelo de atenção em saúde mental centrado no tratamento hospitalar, conforme proposto na política estadual de saúde mental, só será possível com a adoção de uma rede de assistência substitutiva eficaz e a promoção de ações de caráter informativo e educativo para a população. Para isso, se fazem necessários investimentos nos Centros de Atenção Psicossocial, visando o aumento do número de atendimentos e a melhora da atenção. No caso do município de Florianópolis existe apenas uma unidade para atender a uma demanda que é três vezes maior a capacidade máxima de atendimento da mesma.

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal nº 10.216/2001 e a Portaria/GM nº 799/2000.

Neste sentido, o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental indica que a implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de

desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento.

Em relação ao HCTP, colocamos que é necessário adequar o atendimento as normas da legislação vigente. Destacamos a necessidade de contratação de profissionais com qualificação em psicoterapia, com vistas a proporcionar aos pacientes tratamento terapêutico. Também, se faz urgente a reforma do espaço físico, visando o desenvolvimento de atividades como grupos, oficinas, recreação, a qualificação do atendimento e a melhora das condições de infra-estrutura, principalmente com relação a acomodação dos pacientes e a qualidade da alimentação.

Identificada a necessidade de planejamento das ações de ressocialização dos internos do HCTP e, tendo como referência teórica a concepção de planejamento de Baptista (1991) de que o processo de planejar se faz a partir do reconhecimento da necessidade de uma ação sistemática perante questões ligadas a pressões ou estímulos determinados por situações que, em um momento histórico, colocam desafios por respostas mais complexas que aquelas construídas no imediato da prática.

Assim, com base na leitura de realidade, nos princípios da Reforma Psiquiátrica, nos direitos do portador de sofrimento psíquico e a luz das categorias teóricas apresentadas no capítulo anterior, as quais, a nosso ver implicam no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, colocamos a necessidade da sistematização das atividades de ressocialização dos pacientes em alta progressiva do HCTP num programa que articule as ações, de forma a contribuir para a efetiva reabilitação psicossocial destes internos.

6 PROGRAMA ALTA PROGRESSIVA

6.1 Objetivo geral

Desenvolver ações de reabilitação psicossocial junto aos internos em alta progressiva do HCTP.

6.2 Objetivos meio

1. Garantir a articulação institucional Naps – HCTP, através da realização de reunião mensal entre a equipe de técnicos;
2. Acionar as redes municipais e estadual de assistência em saúde mental, ampliando as estratégias de intervenção;
3. Orientar sobre a alta progressiva;
4. Atender as demandas relacionadas a necessidades básicas individuais;
5. Garantir a continuidade da realização das atividades de ressocialização;
6. Buscar recursos para ampliar as possibilidades de intervenção;
7. Fornecer subsídios, através de palestras e oficinas, para os familiares e técnicos que trabalham com portadores de transtorno mental, no que se refere ao conjunto de medidas preventivas da doença mental;

8. Capacitar e sensibilizar os pacientes do grupo para desencadear ações educativas de auto-cuidado, higiene (corporal, vestuário, bucal), relações pessoais, no espaço institucional, familiar e convívio grupal;
9. Trabalhar dificuldades gerais que estejam comprometendo o processo de tratamento, a saúde biopsicossocial do paciente, através da promoção do espaço de escuta e reflexão, buscando reduzir tensões.

6.3 Objetivos fim

10. Estimular relações de cooperação entre os pacientes do grupo, tornando a demanda individual coletiva;
11. Ampliar a autonomia e a responsabilidade de cada paciente do grupo;
12. Fortalecer o sentido de coletividade no grupo;
13. Estimular o desenvolvimento de relações de solidariedade e afetividade entre os membros do grupo e deles para com os demais internos do HCTP.

7 ATIVIDADES DO PROGRAMA

a) Atendimento grupal: consiste na realização de uma reunião com o grupo de pacientes em alta progressiva, a qual deverá acontecer semanalmente, sendo coordenada por Assistente Social e/ou estagiária de Serviço Social.

b) Momentos de ressocialização e lazer: são os passeios realizados com o grupo, sob a coordenação da professora de educação física e, acompanhados por profissional ou estagiária de Serviço Social e agente prisional.

c) Inserção do paciente em alta progressiva na rede ambulatorial de saúde mental: consiste em possibilitar ao paciente o tratamento no Naps. Posteriormente, o paciente poderá ser incluído em outros serviços de atenção em saúde mental (grupos de dependentes e ex-usuários de drogas, grupos de auto ajuda).

d) Supervisão e qualificação da equipe: consiste na realização de momentos de avaliação/supervisão de equipe com orientação de profissional especializado, e na qualificação dos profissionais envolvidos no programa, através do oferecimento de cursos, oficinas e treinamentos na área de saúde mental.

8 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS E RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 Profissionais envolvidos

Consideramos que as ações da equipe de profissionais envolvidos deverão realizar-se de forma integrada, baseadas na fundamentação teórica relacionada anteriormente e de acordo com os princípios da interdisciplinaridade referenciados.

A equipe deverá ser composta pelos seguintes profissionais:

Advogado

Agente Prisional

Assistente Social

Enfermeiro

Professor de Educação Física

Psicólogo

Psiquiatra

8.2 Recursos necessários

O HCTP conta com o seguinte quadro de profissionais para atuar diretamente junto ao tratamento dos internos: uma assistente social, uma psicóloga, uma professora de educação

física, cinco auxiliares de enfermagem, sendo que estão de plantão, diariamente, a chefe do serviço de enfermagem e um auxiliar, um advogado, responsável pelo atendimento aos pacientes, três médicos psiquiatras e cerca de trinta agentes prisionais que cumprem uma escala de 24 horas de plantão, sendo uma equipe de cinco a oito agentes por plantão.

Observamos que para o desenvolvimento eficaz do programa de alta progressiva que propomos é necessária a contratação de uma assistente social, uma psicóloga e, viabilizar bolsas de estágio para estudantes de educação física, psicologia e serviço social. Também, a adequação do espaço físico, com uma sala para reuniões de grupo e mobiliário (cadeiras, almofadas, aparelho de som, vídeo, TV) e mobiliário para sala do Serviço Social (computador, impressora, mesa, armário, arquivo). No setor de segurança destacamos a necessidade de um redirecionamento na escala de agentes de plantão de forma que se tenha diariamente sempre um agente para acompanhar os pacientes ao Naps.

9 ATRIBUIÇÕES POR ÁREA TÉCNICA

Destacamos que as ações indicadas foram pensadas de forma integrada com a equipe de profissionais que atua no HCTP. Utilizou-se para tal a entrevista com um profissional de cada área.

9.1 Atribuições inerentes a todos os profissionais

1. realizar atendimentos individuais e/ou em grupo;
2. participar de reuniões da equipe, técnico-administrativas e de estudos de caso;
3. participar das discussões de caso, prestando orientações específicas relacionadas a área de atuação;
4. proceder registros em prontuário;
5. elaborar estatística mensal
6. promover estudos e pesquisas na área específica
7. participar de eventos científicos na área de saúde e saúde mental
8. participar de cursos de capacitação profissional
9. participar de atividades desenvolvidas com o grupo, como palestras, comemorações festivas etc..

9.2 Atribuições privativas

9.2.1 Serviço Social

- Estabelecer relações institucionais com o paciente, a família e a sociedade;
- Discutir temas que irão subsidiar a vida no mundo externo: drogas, relações pessoais, papel social no grupo familiar, na comunidade, na sociedade, uso adequado do dinheiro, compras, necessidades pessoais;
- Orientar os pacientes nas questões sobre a alta progressiva e a vida cotidiana em sociedade no mundo externo;
- Estimular a continuidade do tratamento quando da desinternação;
- Estimular a adesão e continuidade ao tratamento no Naps;
- Buscar junto ao Naps a ampliação do número de vagas para pacientes do HCTP;
- Buscar apoio nos vínculos extra-hospitalares do paciente: família, amigos, colegas de trabalho, comunidade;
- Acompanhamento de caso junto a equipe do Naps;
- Realizar contatos e encaminhamentos junto às redes municipais de atenção em saúde mental;
- Resgatar contato familiar estimulando a criação de vínculos entre a família e o paciente;
- Articular recursos para a realização de oficinas terapêuticas e profissionalizantes;
- Planejar, executar e avaliar projetos de ressocialização, oficinas etc.;

- Promover a recuperação de habilidades sociais;
- Realizar acompanhamento de casos, através de visita domiciliar e estudo social nos casos indicados;
- Avaliar a situação social do paciente para cessação de periculosidade e quando solicitado;
- Desenvolver a compreensão e a capacidade de manejo da doença mental junto à família do paciente e a comunidade, através de palestras, reuniões, oficinas;
- Estimular expressões de afirmação e reconhecimento da identidade individual, através do reconhecimento do papel no grupo;
- Estimular o fortalecimento da identidade e sentido de grupo;
- Promover a consciência sobre a doença e a adesão ao tratamento, através de palestras, cursos e oficinas para pacientes, familiares e profissionais da área de saúde mental ;
- Trabalhar a ampliação da autonomia e a responsabilidade do paciente;
- Trabalhar a ansiedade posta pelas novas vivências na alta progressiva;
- Estimular o desenvolvimento de relações de solidariedade e afetividade entre os pacientes do grupo;

9.2.2 Psiquiatria

- Prestar atendimento psiquiátrico individual semanal;
- Participar de palestras sobre saúde mental para o grupo de pacientes;

- Promover palestras, cursos, treinamentos, oficinas para pacientes, familiares e profissionais da área de saúde mental;

9.2.3 Psicologia

- Prestar atendimento psicoterápico individual;
- Realizar trabalhos de motivação com o grupo de pacientes;
- Coordenar grupos psicoterapêuticos;
- Orientar sobre mudanças biopsicossociais, distúrbios na auto-estima, na identidade pessoal e no auto-conceito;
- Avaliar e orientar os casos de alteração de comportamento que estejam prejudicando, individual e coletivamente, o grupo;
- Prestar orientações sobre comportamento, desenvolvimento sexual e prevenção de DST/AIDS;
- Amenizar as dificuldades vivenciadas pelo paciente no processo de alta hospitalar, nos casos em que este gere ansiedade.

9.2.4 Educação Física

- Realizar atividade de caminhada diária;

- Coordenar atividades como futebol, vôlei, jogos de mesa, torneios, bingos;
- Coordenar a atividade de passeio;
- Articular e realizar contatos com possíveis locais para passeios;
- Organizar os grupos de passeio (I, II e III);
- Avaliar juntamente com a segurança a saída para passeio do paciente;
- Acompanhar e auxiliar os pacientes nas compras;
- Realizar atividades de recreação nos passeios;
- Motivar o paciente para o desenvolvimento de suas potencialidades;
- Estimular a cooperação e o coleguismo entre os pacientes do grupo;
- Estimular o auto-cuidado com a aparência e higiene pessoal;
- Estimular o exercício da boa educação e respeito;
- Propiciar momentos de interação entre pacientes e profissionais;
- Organizar festas comemorativas (Aniversário, Natal, Páscoa, São João);
- Propiciar o registro destes eventos através de fotografias;
- Articular a aquisição de acessórios para os passeios (guarda-sol, caixa de isopor, toalhas de praia, talheres, espetos etc.);
- Coordenar o grupo de correspondências;
- Escrever cartas para os pacientes analfabetos e/ou com dificuldades para escrever

9.2.5 Enfermagem

- Atendimento clínico de enfermagem (curativos, verificar sinais vitais, estado físico, escoriações etc..)
- Administrar a medicação prescrita;
- Comunicar ao médico a ocorrência de efeitos colaterais, evolução desfavorável e intercorrências;
- Desenvolver atividades de promoção, prevenção e cuidados da saúde do paciente, através de trabalhos educativos com o grupo;
- Assistir ao paciente no atendimento de suas necessidades básicas;
- Orientar para o autocuidado, banho, troca de roupa e higiene pessoal;
- Propor medidas preventivas para saúde bucal, nutricional;
- Avaliar situações que coloquem em risco a saúde do paciente e propor encaminhamentos;
- Encaminhar os pacientes às diversas especialidades, quando for o caso.

9.2.6 Segurança

- Garantir a segurança dos pacientes, visitantes e profissionais;
- Encaminhar e acompanhar a realização das atividades de educação física com os pacientes;

- Motivar os pacientes para participar das atividades;
- Servir alimentação (café, almoço, janta);
- Acompanhar e orientar nas atividades laborais (faxina, lavanderia)
- Encaminhar e acompanhar saídas externas dos pacientes (Naps, passeio, Fórum, hospitais, bancos, visitas domiciliar);
- Recepcionar e proceder revista geral em visitas e pertences;
- Proceder revista geral em pacientes e pertences
- Verificar juntamente com a enfermagem as condições físicas do paciente quando da internação e ou brigas, acidentes;
- Avaliar situações que coloquem em risco a integridade de profissionais e/ou pacientes, imobilizando, adequadamente, o paciente quando de crises, surtos, agitação;
- Preencher relatório de ocorrências diárias;

9.2.7 Jurídico

- Prestar atendimento individual, informando sobre o processo judicial;
- Encaminhar, anualmente, pasta jurídica do paciente ao médico psiquiatra responsável para proceder laudo decessação de periculosidade;
- Encaminhar cessação de periculosidade e relatório de vida hospitalar do paciente para apreciação do Juiz da Vara de Execuções Penais da Capital;
- Encaminhar ao juiz ofício solicitando saídas para o paciente (temporária, para festas comemorativas, diárias e desacompanhadas);

- Intervir para benefício do paciente em fases processual;
- Receber despacho do juiz e comunicar a equipe e paciente nos casos de indeferimento de desinternação e autorização para alta progressiva;
- Comunicar o serviço de segurança quando de audiência para paciente no Fórum;
- Realizar em conjunto com Serviço Social palestras sobre noções de direito constitucional para os pacientes.

10 ETAPAS E REQUISITOS DO PROGRAMA

Depois de cumprido o tempo de medida de segurança determinado será encaminhado ao juiz, através de laudo de cessação de periculosidade, o pedido de concessão para a alta progressiva. No laudo constará a avaliação sobre as possibilidades de desinternação do paciente, de acordo com o parecer médico sobre as condições de saúde e o parecer social informando a situação sócio-familiar.

Para acessar o programa o paciente terá que receber autorização judicial para as saídas, primeiramente, acompanhadas e supervisionadas pela equipe do HCTP.

O paciente participará das atividades do programa, sendo que as saídas terão um objetivo proposto e serão programadas de acordo com as condições do paciente e a disponibilidade de recursos na Instituição.

Inicialmente, o paciente deverá participar das reuniões do grupo e dos passeios. No decorrer, a equipe avaliará as possibilidades para que ele freqüente o tratamento no Naps. A inclusão do paciente no Naps vai depender da disponibilidade de vaga e do interesse e motivação dele para as atividades.

Em situações específicas como nos casos em que o paciente mantém contato com a família, a equipe deve avaliar a possibilidade dele estar visitando os familiares em datas programadas e de comum acordo entre o paciente e a família, sendo que esta será responsável pelo paciente no tempo da saída. Sugere-se que as saídas aconteçam gradativamente e em datas comemorativas como aniversário, natal, páscoa. O objetivo é favorecer o contato entre o paciente, a família e a comunidade, estabelecer vínculo e preparar o retorno do paciente.

Visitas domiciliares também devem ser programadas, para que se tenha um parecer mais preciso da condição sócio-econômica da família.

Nos casos em que não existe nenhum contato com familiares, amigos ou responsáveis a equipe avaliará, de tempo em tempo, a evolução das condições de melhora da enfermidade do paciente, devendo solicitar autorização judicial para saídas diárias e desacompanhada para aqueles que apresentarem quadro de saúde favorável. Para tal concessão o paciente terá que estar freqüentando o Naps há um tempo mínimo de seis meses e será considerado o parecer da equipe que o acompanha no Naps. Nesta avaliação, também, será observado o nível de vinculação do paciente ao tratamento e o interesse em freqüentar o Naps todos os dias.

Para os pacientes que trabalham no Hospital, o setor de segurança deverá, quando necessário, avaliar a necessidade de remanejamento do horário e/ou paciente de modo a não prejudicar a participação do paciente nas atividades do programa.

Após a autorização judicial para as saídas diárias e desacompanhada a equipe deverá estabelecer um programa terapêutico para o paciente, considerando que este continuará vinculado ao hospital, mas estará saindo diariamente. Deverá o paciente participar de ao menos uma reunião do grupo uma vez por mês.

Decorrido o tempo mínimo de um ano durante o qual o paciente sai diariamente e desacompanhado, a equipe deverá avaliar as condições de provável desinternação. Caso o paciente possua condições de saúde favorável e meios próprio de subsistência ele poderá receber alta definitiva do Hospital

Para que esta última etapa do programa se torne viável consideramos que a rede local de assistência em saúde mental deverá oferecer uma estrutura de serviços capaz de garantir o acompanhamento do ex-interno.

Nesta direção, conforme o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), consideramos que para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas vinte e quatro horas, durante os sete dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica de territorializada deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades de dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Ainda, os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada, garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania.

Para tanto, é fundamental a criação de Serviços Residências Terapêuticas com capacidades e recursos para desenvolver o acompanhamento de usuários, objetivando a inserção familiar e social. Desta forma, é necessário implementar a portaria nº 106/2000 e garantir seu cumprimento, viabilizando alternativas para a criação destes serviços. Também, conforme indica o Relatório, se faz necessária a implementação de políticas públicas que garantam a criação de programas de geração de renda e trabalho e de cooperativas e associações de usuários, objetivando os processos de produção de autonomia e de direitos de

cidadania. Para tal, é imprescindível a criação de leis que propiciem a formação de cooperativas e associações de usuários e facilitar linhas de crédito, bem como realizar convênios com instituições de qualificação profissional e do trabalho (SESI, SENAC, SESC, SENAI, FAT).

Assim, as propostas aprovadas na III Conferência de Saúde Mental indicam que a inserção do portador sofrimento psíquico no mercado de trabalho pode acontecer mediante o estabelecimento de programas de trabalho protegido, a criação de incentivos para as empresas, que viabilizem a inclusão de usuários de saúde mental no campo do trabalho, a garantia de que cada Caps desenvolva oficinas de produção sistemáticas, visando a profissionalização do trabalho com remuneração e a ampliação dos espaços de convivência nos recursos existentes na comunidade.

11 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

11.1 Capacitação da equipe

Os profissionais envolvidos deverão ter a qualificação mínima exigida a para cada área de atuação.

No decorrer da operacionalização do programa a equipe deverá buscar o aprimoramento dos conhecimentos necessários para atuar na área, com base nas propostas atuais de atenção em saúde mental. Para tanto, é necessário que o programa ofereça condições para que os profissionais realizem cursos e especializações.

Ainda, para o êxito das ações do programa, destacamos a necessidade de um trabalho de supervisão de equipe, pois consideramos que o cuidado de portadores de sofrimento psíquico exige muito esforço por parte dos profissionais tanto na realização das atividades quanto nas relações de envolvimento emocional.

11.2 Avaliação do programa

A proposta de programa em questão requer uma avaliação sistemática, feita pela equipe de profissionais envolvidos e com a participação dos usuários do serviço.

A avaliação da eficácia e efetividade do programa deverá basear-se na evolução do quadro de doença-saúde e no número de desospitalizações alcançadas, devido a melhora e/ou resgate do vínculo familiar. Também, deverá ser considerado o número de pacientes incluídos na rede municipal de atenção em saúde mental, observando-se a manutenção e a continuidade do tratamento. Em caso de futuras reinternações a equipe deverá considerar o motivo pelo qual esta ocorreu.

A avaliação dos resultados alcançados deverá ser qualitativa/quantitativa e proceder-se em tempo mínimo de seis meses, repetindo-se por igual período ou quando a equipe considerar necessário, observando que o tempo máximo não deverá ultrapassar o prazo de 12 meses. O documento a ser utilizado deverá ser o relatório descritivo das ações realizadas, seguido da análise dos resultados e objetivos com base em indicadores de avaliação.

Para tanto, propõem-se os indicadores a seguir, sem a pretensão dos mesmos constituírem-se como exclusivos, mas sim como uma proposta inicial. Como diz Armani (2000) apud Dias (2002), “os indicadores são parâmetros objetivos e mensuráveis, utilizados para operacionalizar conceitos”. E, Testa (1995) apud Dias (2002) assinala que o “indicador é não somente um sinal, mas também uma base de apoio para a obtenção de informações ou, melhor ainda, de conhecimento”. O indicador coloca-se então como uma unidade objetiva, sendo construído a partir de um determinado campo de análise e tendo a tarefa de medir os objetivos estabelecidos.

Objetivo	Indicador
1) Garantir a articulação institucional Naps – HCTP, através da realização de reunião mensal entre a equipe de técnicos.	- Número de reuniões realizadas.
2) Acionar as redes municipais e estadual de assistência em saúde mental, ampliando as estratégias de intervenção.	- Número de contatos com as redes. - Encaminhamentos realizados.
3) Orientar sobre a alta progressiva.	- Compreensão dos pacientes em relação ao processo de alta progressiva.
4) Atender as demandas relacionadas a necessidades básicas individuais.	- Número de atendimentos realizados.
5) Garantir a continuidade da realização das atividades de ressocialização.	- Número de passeios realizados. - Frequência das idas ao Naps. - Atividades extra-muros realizadas.
6) Buscar recursos para ampliar as possibilidades de intervenção	- Projetos realizados com apoio de instituições colaboradoras (oficinas, cursos).
7) Fornecer subsídios, através de palestras e oficinas, para os familiares e técnicos que trabalham com portadores de transtorno mental, no que se refere ao conjunto de medidas preventivas da doença mental;	- Número de palestras realizadas. - Número de cursos realizados.
8) Capacitar e sensibilizar os pacientes do grupo para desencadear ações educativas de auto-cuidado, higiene (corporal, vestuário, bucal), relações pessoais, no espaço institucional, familiar e convívio grupal	- Nível de autocuidado com a aparência pessoal. - Compreensão da necessidade de uma boa higiene. - Ações dos pacientes quanto a orientações aos colegas e familiares sobre higiene.
9) Trabalhar dificuldades gerais que estejam comprometendo o processo de tratamento, a saúde biopsicossocial do	- Comportamento dos pacientes nos passeios, no Naps e no Hospital. - Nível de vinculação dos pacientes ao

paciente, através da promoção do espaço de escuta e reflexão, buscando reduzir tensões.	tratamento no Naps.
10) Estimular relações de cooperação entre os pacientes do grupo, tornando a demanda individual coletiva.	- Atitudes de colaboração e cooperação com os colegas nos passeios, no Hospital e no Naps.
11) Ampliar a autonomia e a responsabilidade de cada paciente do grupo.	- Evolução do paciente quanto a dependência dos profissionais na tomada de decisões sobre suas vidas. - Número de pacientes que alcançaram independência pessoal.
12) Fortalecer o sentido de coletividade no grupo.	- Nível de identificação com o “nós” do grupo. - Nível de dependência do coordenador
13) Estimular o desenvolvimento de relações de solidariedade e afetividade entre os membros do grupo e deles para com os demais internos do HCTP	- Relações de amizade estabelecidas entre os membros do grupo e com demais pessoas. - Laços de companheirismo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário**: Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, estabelece normas para o atendimento em Psiquiatria. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 147, de 25 de agosto de 1994**. Amplia o item 4.2 da PT MS/SNAS nº 224/1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002**. In: Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário**: Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BAPTISTA, Myriam Veras. **Planejamento**: introdução a metodologia do planejamento social, 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1991.

BRANDALISE, Fernando. **O trabalho e a reabilitação psicossocial**: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional. Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina).

COHEN, Cláudio; MARCOLINO, José Álvaro Marques. **Noções Históricas e Filosóficas do Conceito de Saúde Mental**. Cláudio Cohen, Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz (orgs.). Saúde Mental, Crime e Justiça. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

_____. **Medida de Segurança**. Cláudio Cohen, Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz (orgs.). Saúde Mental, Crime e Justiça. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil** (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). Silvério Almeida Tundis; Nilson do Rosário Costa (orgs.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 6ª ed. Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 2000.

DIAS, Miriam Taís Guterres.. **A construção de indicadores de avaliação de serviços de saúde**. In: Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora, 19 a 22 de novembro de 2002, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Publicação em CD-ROOM.

ESTADO DE SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Segurança Pública e Defesa do Cidadão**. Florianópolis: Secretaria Estadual de Segurança Pública e Defesa do Cidadão, 2003.

ESTADO DE SANTA CATARINA. **Decreto Nº 4.812, de 13 de setembro de 1994.** Aprova o Regimento Interno do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Florianópolis: Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, 14 de setembro de 1994.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

HCTP - HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. **Plano de Trabalho do Serviço Social**. Florianópolis, 2003, digit.

IAMAMOTO, Marilda V.. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

JUNIOR, Osvaldo Gradella. **Hospital Psiquiátrico**: (re)afirmação da exclusão. In. Revista Psicologia & Sociedade; 14 (1):87-102; jan./jun.2002. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 18 de outubro de 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A Luta Antimanicomial**: construção de um lugar. Revista da Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado. Reforma Psiquiátrica. Cuidar sim, Excluir Não. Ano II, n.2, dezembro de 2001.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. Ana Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

MARCA, Lurdiane Andéa. **Perfil dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza. **Reabilitação Psicossocial e Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora**. Ana Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

MIOTTO, Regina Célia T. **A ação profissional do Serviço Social**. Florianópolis, 2002. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, digit.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução Penal**: comentários à Lei nº 7.210, de 11/7/1984. 9ª ed. Revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 2000.

MUNHOZ, Divanir E. Naréssi. **Trabalho interdisciplinar**: realidade e utopia. In: Revista Serviço Social & Sociedade. nº 51. Ano XVII. São Paulo: Cortez, agosto de 1996.

OSÓRIO, L. C. **Grupos**: teorias e práticas – acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PELLIZZARO, Inês. **O direito à saúde mental**. In: Relatório do Projeto Direito à Saúde: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação /CNPq. Florianópolis, 2002. p. 214-231.

PERES, Maria Fernanda.; NERY- FILHO, Antônio; LIMA-JR, Alberto S. **A estratégia da periculosidade**: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. In: Psychiatry On-line Brazil (3) Agosto 1998 .Part of The International Journal of Psychiatry - ISSN 1359 7620 - A trade mark of Priory Lodge Education. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/perigo.htm>>. Acesso em 12 de dezembro de 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PITTTA Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Cuidar sim, excluir não**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213p.

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação Psicossocial**: uma estratégia para a passagem do milênio. Ana Pitta (org.). Reabilitação Psicossocial. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, Ana Luiza. **O Projeto Copiadora do Caps**: do trabalho de reproduzir coisas à produção da vida. São Paulo, 1997. (Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo).

SPRICIGO, Jonas Salomão. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis, 2001. (Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina).

TAVARES, José Ricardo. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada à Escola Superior de Administração e Gerencia – ESAG da Universidade do Estado de Santa Catarina).

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.